

3 1761 11970920 2



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709202>

A1
C28
H39
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 10

Monday, February 20, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 10

Le lundi 20 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

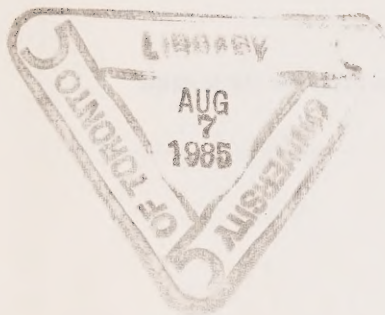
Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee



MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, FEBRUARY 20, 1984
(15)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:05 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Breau, Halliday, Mrs. Killens, Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau, Mrs. Mitchell and Mr. Reid (*St. Catharines*).

Other Member present: Mr. Foster.

Witnesses: From the Canadian Anaesthetists Association: Dr. John Price, President; and Dr. Jean Taillefer, Vice-President. *From the National Anti-Poverty Organization:* Mr. Patrick Johnston, Executive Director; and Ms. Debbie Hughes-Geoffrion, Community Liaison. *From the College of Family Physicians of Canada:* Dr. Donald I. Rice, Executive Director; Dr. Robert Bourret, President; and Dr. Donald Butt, Chairman, Board of Directors. *From the University of Western Ontario:* Professor Ake Blomqvist, Department of Economics.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 12:50 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 p.m.

AFTERNOON SITTING
(16)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:37 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Breau, Halliday, Epp, Mrs. Killens, Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance and Mr. Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Messrs. Ogle and Taylor.

Witness: From the Government of Alberta: The Honourable David J. Russell, Minister of Hospitals and Medical Care.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 20 FÉVRIER 1984
(15)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 05, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Breau, Halliday, M^{me} Killens, MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau, M^{me} Mitchell et M. Reid (*St. Catharines*).

Autre député présent: M. Foster.

Témoins: De l'Association canadienne des anesthésistes: Dr. John Price, président; Dr. Jean Taillefer, vice-président. *De l'Association nationale anti-pauvreté:* M. Patrick Johnston, directeur exécutif, et M^{me} Debbie Hughes-Geoffrion, liaison communautaire. *Du Collège des médecins de famille du Canada:* Dr. Donald I. Rice, directeur exécutif; Dr. Robert Bourret, président, et Dr. Donald Butt, président, Conseil d'administration. *De l'université Western Ontario:* Pr Ake Blomqvist, département des sciences économiques.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 12 h 50, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI
(16)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 37, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Breau, Halliday, Epp, M^{me} Killens, MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance et Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: MM. Ogle et Taylor.

Témoin: Du gouvernement de l'Alberta: L'honorable David J. Russell, ministre des Hôpitaux et des Services médicaux.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir*

consequence thereof. (See *Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The Minister made a statement and answered questions.

At 5:00 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.)

Le Ministre fait une déclaration et répond aux questions.

A 17 heures, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, February 20, 1984

• 0905

The Chairman: Order, please! I will call to order this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

We are carrying on the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We have a very busy schedule today, and we are very pleased to welcome as our first representatives a group from the Canadian Anaesthetists' Society.

Dr. Price, I believe you are the President of the Canadian Anaesthetists' Society and I would be pleased if you would introduce the other two you have with you. Then I understand you have a fairly brief statement you would like to make from the papers you have just handed to us, and we will go on from there. Dr. Price.

Dr. J. Price (President, Canadian Anaesthetists' Society): Thank you, Mr. Chairman. With me are Dr. Jean Taillefer, Vice-President of the Canadian Anaesthetists' Society, and Dr. John Cowan, a member of the council of the Canadian Anaesthetists' Society.

First of all, Mr. Chairman, I would like to apologize to you and to the members of the committee for not having a French translation of my presentation, but unfortunately, in the time available to me this was not possible. I was not aware we had simultaneous translation, so my final comment is not really necessary.

Mr. Chairman and members of the committee, I would like to thank you for your invitation to make this presentation concerning the proposed Canada Health Act. On behalf of our society, I would like to address certain issues pertaining to the proposed legislation from the vantage point of hospital-based physicians.

The first issue I would like to address is that of funding of the entire health delivery system. Underfunding has been identified by many persons working within the system, and I understand by most of the presentations and submissions made to you to date, as being the single most pressing problem facing the delivery of quality health care to the citizens of Canada in 1984. It is fine for politicians to make statements that medical care is a right and that access must not be limited to any person, but I put it to you, Mr. Chairman, that there is more impediment put in the way of the citizens of Canada by the limitation on hospital facilities and necessary equipment than by any actions taken by either the physicians of Canada or the provincial governments with the imposition of what are very modest user fees.

A member of your committee is reported to have made a statement recently concerning the waiting lists for admission to hospital in her constituency, citing examples of 700 patients waiting for surgery. I can tell you that many hospitals in this

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 20 février 1984

Le président: À l'ordre, je vous prie. Je déclare ouverte la séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Nous poursuivons l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Notre horaire est très chargé ce matin, et je souhaite tout d'abord la bienvenue aux représentants de la Société canadienne des anesthésistes.

Docteur Price, comme vous êtes président de la société, je vous demanderais de nous présenter vos deux collègues. Je crois savoir que vous voudriez nous présenter quelques commentaires qui découlent du mémoire que vous nous avez distribué, après quoi nous passerons aux questions. Docteur Price.

Dr J. Price (président, Société canadienne des anesthésistes): Merci, monsieur le président. M'accompagnent ce matin le Dr Jean Taillefer, vice-président de la Société, et John Cowan, membre du conseil de notre société.

Monsieur le président, j'aimerais tout d'abord offrir mes excuses à tous les membres du Comité de ne leur avoir pas fourni une version française de mon mémoire, ce qu'il était impossible pour nous d'obtenir dans le peu de temps qui était à notre disposition. Mais je vois maintenant que cela n'était pas vraiment nécessaire, puisque nous obtenons les services de traduction simultanée.

Monsieur le président et membres du Comité, je vous remercie de nous avoir invités à déposer devant vous notre mémoire portant sur le projet de loi proposé. Au nom de notre société, j'aimerais me pencher sur certains des problèmes que soulève le projet de loi du point de vue des médecins qui sont affiliés à un hôpital.

J'aimerais tout d'abord commencer par le financement de tout notre système de santé. C'est le manque de financement qui a été identifié par bon nombre de ceux qui travaillaient dans le système, de même que par la plupart des mémoires qui vous ont été présentés, comme étant le problème le plus pressant qui fasse obstacle à la distribution de soins de santé de qualité aux Canadiens, aujourd'hui en 1984. C'est bien beau d'entendre les politiciens déclarer que les soins médicaux sont un droit et qu'il ne faut en limiter l'accès à personne, mais je prétends, monsieur le président, que le nombre limité d'installations hospitalières et d'équipement nécessaire représente un plus grand obstacle à l'accessibilité de ces soins que toutes les mesures qui pourraient être prises par les médecins canadiens ou par les gouvernements provinciaux, comme d'imposer des frais modérateurs, très modestes au demeurant.

Un des membres de votre comité aurait émis récemment une déclaration portant sur une liste d'attente de 700 patients attendant d'être admis à des hôpitaux de sa circonscription afin d'y être opérés. Pour beaucoup d'hôpitaux au Canada, 700

[Text]

country accept 700 as a very modest waiting list. I can give at least one example of more than 2,000 patients awaiting admission to a 350-bed hospital for surgical procedures, with an expected waiting period of approximately seven months for elective procedures. This is not an isolated case.

By the year 2000, the population of Canada will have aged to the point where approximately 13% will be over the age of 65. At the present time, the figure is approximately 10%. If one accepts that the extremes of age are the times that involve the greatest costs from the health point of view, it does not take too much imagination to project the kind of situation that will pertain at the turn of the century.

Canadians have a right to quality health care. In 1984, high-technology has brought us to the point where we can transplant many of the organs of the body, where we can improve the quality of life for many persons by using skills mastered over the past decade. These skills involve the use of expensive high-technology, costly drugs and institutional care. Is this state-of-the-art care to be made available to all Canadians from coast to coast, or is it to be limited to those Canadians who live close to the centers of medical research and training? This is hardly universal access, as proclaimed in Clause 3 of the proposed legislation. I submit that it is, in fact, a denial of the principles enunciated in the preamble to the Bill.

A number of persons have alluded in the past to the possibility of rationing medical care. Under the present method of funding the system entirely out of the public purse, this possibility is very real. Departments of Health in all jurisdictions are in competition for funds with Departments of Education, Highways, Justice and a host of other equally necessary branches of government. There is only so much water in the well or pork in the barrel.

Consider for a moment the scenario of an 85-year-old man with an aortic aneurysm which is expanding rapidly and needs urgent replacement. The total cost of this procedure would be of the order of \$20,000. Consider also 20 children with chronic ear infections. The total cost of treatment of these children would be about \$1,000 per child.

• 0910

The 85-year-old man will die fairly soon, with or without treatment. If not treated, the children will not die; but they will, in all probability, develop deafness, which in itself is not life-threatening, but which will incapacitate them for the next 80 years, if they live to be age 85.

On whom should the money be spent? Who makes this decision? It is not reasonable to expect physicians to make these decisions. Such scenarios have already occurred; with an aging population they are going to occur much more frequently.

[Translation]

patients ne représentent qu'une liste d'attente très modeste. Je pourrais vous donner un exemple d'un hôpital de 350 lits dont la liste d'attente est de plus de 2,000 patients qui espèrent être admis à l'hôpital pour y subir une chirurgie quelconque, et dont la période d'attente est d'approximativement sept mois dans les cas d'opérations facultatives. Cet exemple n'est malheureusement pas le seul.

En l'an 2,000, la population du Canada aura vieilli au point où environ 13 p. 100 de nos citoyens auront plus que 65 ans. Actuellement, ce chiffre est d'environ 10 p. 100. Si on accepte que c'est aux deux extrémités de la vie qu'il en coûte le plus cher pour se maintenir en santé, il est facile d'imaginer ce que sera la situation au tournant du siècle.

Les Canadiens ont le droit d'avoir des soins de santé de qualité. En 1984, la technologie de pointe nous permet aujourd'hui de greffer bon nombre des organes du corps, et d'améliorer la qualité de vie de bon nombre d'entre nous grâce à des techniques qui ont été maîtrisées au cours de la dernière décennie: technologie de pointe, médicaments et soins en institutions, trois techniques qui sont fort coûteuses. Doit-on dispenser ces soins d'avant-garde à tous les Canadiens d'un océan à l'autre, ou doit-on les limiter à ceux d'entre nous qui vivent à proximité des centres de recherche et de formation médicales? Ce n'est pas ce que j'appellerais l'universalité d'accès aux soins, comme le proclame l'article 3 du projet de loi. Je pense au contraire que c'est là rejeter les principes énoncés au préambule.

D'aucuns ont mentionné par le passé la possibilité de rationner les soins médicaux. Étant donné la méthode actuelle de financement qui va chercher tous les fonds dans le trésor public, ce n'est pas une possibilité mais plutôt une réalité. Dans toutes les provinces, la santé doit se battre contre l'éducation, les autoroutes, la justice et toute une autre série de services aussi nécessaires du gouvernement pour obtenir des fonds. Le gouvernement n'a qu'une quantité bien définie d'argent dans ses poches, et pas plus.

Je vous propose le scénario suivant. D'une part, vous avez un homme de 85 ans qui souffre d'un anévrisme à l'aorte se développant rapidement et qui devrait être opéré d'urgence. Le coût total de cette opération est d'environ 20,000\$. D'autre part, vous avez 20 enfants qui souffrent d'infections chroniques aux oreilles dont le traitement pourrait atteindre 1,000\$ par enfant.

Il est évident que le veillard de 85 ans mourra bientôt, avec ou sans traitement. Par ailleurs, s'ils ne sont pas traités, les enfants ne mourront pas, eux; cependant, il est fort probable qu'ils développeront une surdité, ce qui ne les menace pas de mort en soi, mais qui pourtant les handicape pour les 80 années à venir, s'ils atteignent l'âge de 85 ans.

L'argent du traitement, à qui devrait-il aller? Qui prend la décision? Il ne faut pas s'attendre que ce soient les médecins qui la prennent. Il y en a d'ailleurs eu, des scénarios comme celui que je viens de vous décrire, il y en aura encore plus, puisque notre population vieillit.

[Texte]

The tragedy is that it is technically feasible to do something for both groups, but only if the money is available. The federal government, rather than threatening to take funds away from the provincial governments, should be seeking ways to provide additional funds to those regions of the country that are geographically and economically disadvantaged.

The second issue I would like to address is that of the protection of the rights of the profession. At present, the only way in which the profession, as a whole or as individuals, may express dissatisfaction is to opt out. Opting out has different connotations in different parts of the country. In Quebec it is to elect to practise as a private independent physician, providing a service to one's patients on a direct, user-pay basis. On the other hand, in some provinces . . . —for example, in New Brunswick and Saskatchewan—it is possible to opt out for individual services to one's patients after appropriate discussion between the patient and the physician.

I think it is significant that in the latter two provinces where this selective opting-out is permitted, the amount of extra-billing is insignificant. In the case of New Brunswick, in 1983 it was some \$50,000—or about \$7.50 per physician, or about 8¢ per head of the population. This could hardly be construed as an undue financial barrier to access. Nevertheless, extra-billing is anathema to governments, and apparently to the population, and elimination is likely. Therefore, there must be some other means to protect the physician against unreasonable and imposed settlements in the event of a breakdown in fee negotiations. Mr. Justice Emmett Hall proposed one method. This is apparently unacceptable to provincial governments, and one can understand why.

Thirdly, I would like to address what is probably the most important issue concerning the Canada Health Act; this is, namely, the method and the timing of introduction.

This Act, embodying as it does two previous acts, is probably one of the most important pieces of social legislation ever introduced into the Parliament of Canada. Why was it necessary to introduce it at this time and in this way? Canada has one of the best systems of health delivery in the western world, especially when one considers the geographic difficulties that must be overcome. Sure, there are imperfections in the system, some of which have been identified. Surely it is better to overcome these imperfections by negotiation among all parties concerned than to impose legislation, which will lead to the antagonism and discontent of physicians for years to come and potential hardship on provincial governments and ultimately their citizens.

Confrontation, Mr. Chairman, is not the Canadian way. It is better for all parties that the necessary changes in the health care delivery system be implemented in an atmosphere of concord rather than discord. I would urge the government to delay the implementation of this Act. Take it back to the provinces; discuss it in an atmosphere of reasonableness, and

[Traduction]

La tragédie, c'est qu'il est possible du point de vue technique de traiter ces deux groupes, mais seulement s'il y a suffisamment de fonds. Au lieu de menacer les provinces de leur retirer de l'argent, le gouvernement fédéral devrait chercher à financer de façon additionnelle les régions qui sont désavantagées du point de vue géographique et économique.

J'aimerais maintenant m'arrêter à la protection des droits des médecins. Actuellement, les médecins, en bloc ou individuellement, n'ont qu'une seule façon d'exprimer leur mécontentement, c'est-à-dire en se retirant du régime. Cette façon de procéder n'est pas perçue de la même façon partout au pays. Au Québec, cela revient à choisir de pratiquer de façon indépendante et privée, c'est-à-dire en offrant des services directement aux patients, services pour lesquels on se fait payer directement. D'autre part, dans certaines provinces comme au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, il est possible pour un médecin de s'exclure du régime pour dispenser des services ponctuels à un patient, après en avoir discuté avec ce dernier.

Il est intéressant de noter que, dans ces deux dernières provinces, là où une exclusion sélective de ce genre est permise, il y a très peu de surfacturation. Au Nouveau-Brunswick, elle se chiffrait en 1983 à quelque 50,000\$ soit environ 7,50\$ par médecin ou 8 c. par habitant. Il est difficile de considérer cela comme un obstacle financier insurmontable à l'accessibilité aux soins. Néanmoins, la surfacturation demeure toujours un anathème pour les gouvernements et, semble-t-il, pour la population, puisqu'on songe à l'éliminer. Il devient donc nécessaire de protéger les médecins d'une façon quelconque contre tous règlements déraisonnables qui leur seraient imposés dans le cas d'une interruption dans les négociations de leurs honoraires. Le juge Emmett Hall a proposé une méthode qui semble inacceptable aux gouvernements provinciaux, et l'on comprend pourquoi.

Troisièmement, j'aimerais commenter ce qui me semble le plus important eu égard au projet de loi actuel, c'est-à-dire la méthode et le moment de sa mise en application.

Ce projet de loi qui incorpore en fait les deux lois antérieures, représente l'un des projets de loi social les plus importants jamais déposés devant le Parlement du Canada. Pourquoi a-t-on jugé nécessaire de le déposer à ce moment-ci et de cette façon-ci? Le Canada compte l'un des meilleurs systèmes de soins de santé du monde occidental, surtout si l'on pense aux difficultés géographiques qui doivent être surmontées. Bien sûr, notre système est imparfait à certains égards, comme on l'a expliqué. Mais il vaut mieux surmonter ces imperfections en négociant avec toutes les parties intéressées plutôt que d'imposer une loi qui entraînera de l'antagonisme et du mécontentement chez les médecins pendant de nombreuses années et qui pourrait nuire aux gouvernements provinciaux et, ultimement, à leurs citoyens.

Monsieur le président, les Canadiens n'aiment pas les affrontements. Il vaut mieux pour tous les intéressés que les changements nécessaires à notre système de distribution des soins de santé voient le jour dans la concorde plutôt que la discorde. J'exhorte le gouvernement à retarder l'application de ce projet de loi. Reportez-le à l'attention des provinces;

[Text]

not with threats of financial penalty hanging over the outcome of the discussions.

Both levels of government, provincial and federal, can negotiate with the medical profession those issues that are contentious. The Act can then be re-introduced with the knowledge that it has the support of the payers, the providers, and the consumers.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Price, gentlemen.

Before commencing questioning this morning, I would remind the committee that we are seeing four groups of witnesses this morning, as well as others this afternoon, and the Minister of Health from Alberta is coming in this evening. This period of time we have set aside for the Canadian Anaesthetists' Society should go till about 9:50 a.m. or something like that. I think under the circumstances I would suggest that perhaps the opening statements... questioning might be about seven minutes, Dr. Halliday, rather than ten. We will see; obviously for every group we will not be able to have questions from every member, but you will have a lot of chance to question during the day as a whole. I will start with Dr. Halliday.

• 0915

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to welcome our three witnesses from the Canadian Anaesthetists' Society and just first ask them how many anaesthetists they represent in Canada?

Dr. Price: Approximately 2,000 Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Are there many other physicians doing anaesthesia that would not be members of your association? In other words, do you represent the majority of those doing, say, full-time anaesthesia?

Dr. Price: We represent the majority of specialist anaesthetists doing anaesthesia, yes. There are obviously other physicians providing anaesthesia services who are not members of general practice.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, one of the concerns that many people have voiced—and the anaesthetists' being, as much as any group, the butt of the criticism of the concern... that is the fact that there are some areas in the country, I do not know how many, where it may be difficult for a patient to obtain anaesthetic services without going to an anaesthetist or an anaesthetic group who are all opted out of the plan. There is a general mood in the country that people should have the right to be seen by a physician who has opted into the plan. Do you have any comments on that problem that faces us as a committee, and probably it has faced you as a medical association?

Dr. Price: First of all, Mr. Chairman, it is important to recognize that opting out is not synonymous with extra billing. This, I think, is a confusion that takes place in the minds of the public, in the minds of politicians. We as physicians recognize that many of our opted out colleagues bill at the provincial

[Translation]

discutez-en d'une façon raisonnable, sans les menacer de pénalités financières selon l'issue des discussions.

Les deux paliers de gouvernements, provincial et fédéral, peuvent d'abord négocier avec les médecins les points qui leur semblent litigieux, après quoi le projet de loi pourrait être déposé à nouveau avec l'assurance qu'il obtiendra l'appui des contribuables, des dispensateurs de soins et des consommateurs.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, docteur Price, et messieurs.

Avant de commencer les questions, je rappelle au Comité que nous accueillons quatre groupes de témoins ce matin, de même que d'autres cet après-midi, et enfin le ministre de la Santé de l'Alberta, ce soir. Nous devrions donc nous consacrer à la Société canadienne des anesthésistes jusqu'à 9h50 environ ce matin. Dans la circonstance, nous devrions limiter nos premières interventions à 7 minutes, plutôt qu'à 10. Mais nous verrons; il est évident que vous n'aurez pas tous le loisir d'interroger chacun des groupes de témoins, mais vous aurez certainement votre tour au cours de la journée. Je commence par M. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je souhaite la bienvenue à trois représentants de la Société canadienne des anesthésistes, et j'aimerais d'abord savoir combien d'anesthésistes elle représente au Canada?

Dr Price: Environ 2,000, monsieur Halliday.

M. Halliday: Y a-t-il d'autres médecins qui dispensent des services d'anesthésie mais qui ne seraient pas membre de votre association? Autrement dit, représentez-vous la majorité de ceux qui sont anesthésistes à plein temps?

Dr Price: En effet, nous représentons la majorité des anesthésistes spécialisés. Evidemment, il y a d'autres médecins qui dispensent des soins d'anesthésie sans en faire une pratique générale.

M. Halliday: Monsieur le président, on nous a souvent dit—et les anesthésistes sont comme bien d'autres groupes en butte à ces critiques—qu'il pouvait être difficile pour un patient habitant certaines régions du pays de recevoir des soins d'un anesthésiste sans recourir à un anesthésiste qui choisi de s'exclure du régime. Les Canadiens sont d'avis, en général, qu'ils ont le droit d'être vus par un médecin qui fait encore partie du régime. Que pourriez-vous dire au Comité au sujet de ce problème auquel a certainement dû faire face votre association?

Dr Price: Monsieur le président, je voudrais d'abord dire qu'il est important de reconnaître que de s'exclure du régime pour un médecin ne signifie pas nécessairement qu'il surfacturera son patient. C'est malheureusement une confusion que l'on retrouve chez les Canadiens et chez les politiciens. Nos

[Texte]

rate, and they accept what is paid by the provincial governments as payment in full for the services rendered. So the two are not synonymous.

Yes, I agree this is a problem and that patients have a right to be treated by a physician or receive services from a physician who is opted in or who is not going to extra-bill them.

This is one of the areas of concern. This is one of the imperfections in the system at the present time. To my knowledge this situation has only occurred in Ontario. It may well have occurred in other provinces, but I do not believe it has occurred in any other provinces. I think this is one of the areas in which there should be discussion between the anaesthetists of the provinces, their provincial governments, their provincial licensing authorities, to try to resolve the system. This is one of the points I was trying to make in my presentation. These are the areas that have to be negotiated. There are imperfections in the system. We recognize that.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, this concerns another area that was brought to the attention of the committee, both by some witnesses and also by some within the committee itself. Some members of the committee feel rather impressed with the opportunities and the advantages to be gained in terms of cost efficiency by employing, let us say, nurses who might have some special training in one area or another or other types of allied help personnel, rather than employing fully-trained medical personnel, whether they be anaesthetists or family physicians or surgeons or what have you.

I guess it is fair to say that in your field of specialization very few, if any, significant surgical procedure is done in this country without the help of an anaesthetist, so it is very important in my mind that we take a serious look at the kind of services your group provides. I wonder whether you feel the services that your group provide could be enhanced, say, by the nurse anaesthetists working in the United States for instance. Is that program in the States increasing—the use of nurse anaesthetists there—or is it decreasing? Is it something we should be getting into in this country or not?

Dr. Price: Well to answer the last part of your question first. So far as I know and I am obviously not terribly familiar with the situation pertaining in the States, I understand from my reading of the American literature, that the practice is in most areas of the United States, decreasing in popularity. To go back to the original part of your question, the realistic answer is yes. Anybody can be taught to give an anaesthetic, but the quality of the anaesthetic, one must recognize that when a patient is under an anaesthetic he is hanging in a state of suspended animation, if you like, and the balance can go very quickly one way or the other; in fact, two minutes.

There have been statements made that an anaesthetist could be immediately available or available someplace in the hospital. The elevators are full; he is immediately required in the next theatre; something is wrong in the next theatre; something happens in this theatre. You have two minutes at

[Traduction]

médecins reconnaissent que beaucoup de nos collègues qui se sont exclus du régime facturent leurs patients au tarif provincial, c'est-à-dire qu'ils acceptent que leurs services soient payés au tarif établi par les gouvernements provinciaux. Les deux ne sont donc pas synonymes.

Je reconnais que le problème existe et que les patients ont le droit d'être traités par un médecin qui fait encore partie du régime ou qui ne l'est pas, la surfacture pas.

C'est évidemment une des choses qui nous préoccupent, puisque c'est une des imperfections que comporte le système actuellement. Mais je crois savoir que cette situation ne se rencontre qu'en Ontario. Je ne crois pas qu'elle se produise dans les autres provinces. Pour régler ce problème, il faudrait susciter des discussions entre les anesthésistes, leurs gouvernements provinciaux, ainsi que les autorités provinciales qui émettent des permis. C'est ce que j'essayais d'expliquer dans mon mémoire. C'est un des éléments qui doit faire l'objet de négociations. Mais nous reconnaissons que le système comporte des imperfections.

M. Halliday: Monsieur le président, ma question porte maintenant sur un domaine qui a été porté à notre attention par quelques témoins et également par quelques membres du Comité. Ceux-ci pensent qu'il pourrait être très rentable d'employer, pour certains actes, des infirmières qui seraient spécialisées dans un domaine ou un autre, ou d'employer d'autre personnel infirmier spécialisé, plutôt que d'avoir recours à du personnel médical diplômé, qu'il s'agisse d'anesthésistes, de médecins de famille ou de chirurgiens.

Il est très important, d'après moi, de regarder de près les services que dispensent vos membres, puisque, étant donné votre spécialisation, il est évident que bien peu d'actes chirurgicaux d'importance se font sans votre aide. Pourriez-vous améliorer vos services si vous alliez chercher l'aide d'infirmières-anesthésistes comme celles qui travaillent aux États-Unis, par exemple? Le recours aux infirmières-anesthésistes augmente-t-il aux États-Unis ou diminue-t-il? Devrions-nous mettre sur pied le même programme?

Dr Price: Je répondrai d'abord à votre dernière question. Je ne connais pas très bien ce qui se passe aux États-Unis, mais à ce que je sache, d'après mes lectures des revues américaines, cette pratique semble perdre de la popularité un peu partout aux États-Unis. Mais pour revenir à votre première question, il me faut répondre avec réalisme par l'affirmative. Tout le monde peut apprendre à donner une anesthésie, mais il faut s'entendre sur la qualité des soins: n'oublions pas que lorsque le patient est sous anesthésie, il est dans une sorte d'état comateux: son état peut changer radicalement d'une seconde à l'autre, en deux minutes plus exactement.

On a prétendu que les anesthésistes pouvaient être disponibles dans l'immédiat où qu'ils soient à l'intérieur de l'hôpital. Cependant, les ascenseurs sont souvent bondés, et ils doivent se déplacer d'une salle d'opération à l'autre, si quelque chose d'inattendu se produit. Ils n'ont que deux minutes, à partir du

[Text]

the outset to make alterations in what you are doing or to attend to the patient before that patient is irreparably damaged.

This has been recognized just recently, for example, in the Canadian Medical Protective Association. You are probably all familiar with what has happened there in the last year. Specialist anaesthetists have been identified as the highest risk group from the point of view of medical protection—medical-legal action against them. This is because there is such a short period of time between what can happen and what has to be done to reverse what has happened in an emergency—in three minutes the brain is dead or is at least irreparably damaged.

Mr. Halliday: May I have one more question, Mr. Chairman?

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: We have had two other medical groups before the committee. Both gave us firm recommendations with written out proposed amendments. One was the Federation of General Practitioners from Quebec who suggested that if we were going to have Bill C-3 there should be a mechanism in Bill C-3 to guarantee that if provinces are going to have to pay a penalty for not complying with the law with respect to extra-billing they should also be required to pay a penalty for not complying with the law with respect to the payment of a reasonable compensation which remains to be defined yet. CAIR, Canadian Association of Interns and Residents, came to us because of their concerns in B.C. about the possibility of being told they could not have a number to practise within the plan unless they went to a certain area of the province where the government wanted them to go.

So here are two suggestions coming from other professional colleagues of yours; one asking for a guarantee from the province of a reasonable pay, and would be ensured in the bill because a penalty would be imposed on the province if it did not provide that; and then, secondly, we have the case of another group of physicians concerned about not being allowed to practise their profession by denying them a number.

Now, would you favour this committee supporting those two amendments?

Dr. Price: So far as the first amendment is concerned, reasonable payment or reasonable compensation for services delivered, yes. There has to be, and I make this point in my presentation. There has to be some means whereby physicians are not left open to the arbitrary decisions of governments. We have seen this happen in some provinces, and there has to be some method, short of completely removing oneself from the system to another jurisdiction, which is not really a practical solution.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, doctor. I will come back to you, if we have time.

Mrs. Mitchell.

[Translation]

moment où surgit la difficulté, pour modifier leur traitement ou pour donner des soins aux patients avant que les dommages soient irréparables.

C'est un fait qui vient tout juste d'être reconnu par l'Association canadienne de protection médicale. Vous savez sans doute que l'année dernière, on a reconnu que les anesthésistes de spécialité constituaient le groupe dont le risque était le plus élevé du point de vue de la protection médicale, c'est-à-dire du point de vue des risques de poursuites médico-juridiques. Cela est dû au fait qu'il n'y a que 3 minutes pour agir entre le moment où l'inattendu se produit et où il est possible de traiter le patient d'urgence et le moment où le cerveau meurt ou est du moins endommagé de façon irréparable.

M. Halliday: Monsieur le président, me permettez-vous une dernière question?

Le président: D^r Halliday.

M. Halliday: Le Comité a déjà reçu deux autres groupes de médecins qui nous ont présenté des recommandations très fermes accompagnées de propositions d'amendements. L'un des groupes était la Fédération des omnipraticiens du Québec qui a suggéré d'inclure au projet de loi C-3 une procédure qui ferait en sorte que les provinces aient à payer une amende si elles ne respectent pas la loi en ce qui concerne la surfacturation ou si elles ne dédommagent pas le médecin d'une façon raisonnable qu'il reste à déterminer. En outre, l'Association canadienne des internes et des résidents, nous a dit s'inquiéter du fait qu'en Colombie-Britannique, on envisageait d'obliger les médecins à aller s'établir dans une région choisie par le gouvernement sans quoi on ne lui permettrait pas de pratiquer dans le cadre du régime.

Voilà donc deux situations décrites par des groupes professionnels qui sont vos collègues: l'une d'elle qui demande de garantir qu'une province verse des honoraires raisonnables, garantie qui serait assurée par le projet de loi en vertu d'une pénalité qui serait imposée à la province, si cette dernière ne s'y conformait pas; l'autre exemple exprime l'inquiétude d'un groupe de médecins de ne pouvoir pratiquer leur profession, si on leur refuse un numéro d'accréditation.

Pensez-vous que le Comité devrait appuyer ces deux propositions?

Dr. Price: En ce qui concerne la première proposition d'obliger les provinces à dédommager raisonnablement les médecins pour les services qu'ils ont rendus, je répondrai dans l'affirmative, comme je le précise dans mon mémoire. Il faut que le projet de loi garantisse aux médecins qu'ils ne seront pas laissés au gré des décisions arbitraires des gouvernements. Il faut garantir que cela ne se reproduira plus, comme cela s'est vu dans certaines provinces, sans qu'il soit nécessaire pour le médecin d'aller s'installer dans une autre province, ce qui n'est pas vraiment pratique.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur. Je vous reviendrai, si nous avons le temps.

M^{me} Mitchell.

[Texte]

Mrs. Mitchell: Thank you, Mr. Chairman. As well, I would like to thank the witnesses for coming out so early on a Monday morning.

I was interested in Dr. Halliday's questioning, or at least your comments in response to his questioning regarding the high risk situations that patients are in when they are under anaesthetics. I could not help but think, and I speak strictly as a lay person, of course, of some of the things I saw on a trip to China some years ago where in community clinics acupuncture was being used in very major operations, as well as with psychiatric patients to relieve tensions and so on. In a hospital, where I saw major operations being performed, the thing that seemed so miraculous to a lay person was the fact that the patients were able to be up and around fairly quickly afterwards. In most cases they seemed alert. However, in some cases, there were combinations of drugs and so on being used. I know there is a great resistance to using acupuncture in Canada. I wonder if you could just explain to us a little bit what the situation is here and whether there is any movement in the direction of combining this with other types of anaesthetics.

• 0925

Dr. Price: I agree with you that there was a great resistance, going back 10, 15 years ago. I think research has advanced in the last 10 or 15 years to enable us to understand why acupuncture works. When it was first brought in from China, about the mid-1960s, it was thought that this was some sort of hocus-pocus; that the Chinese were a very stoic, phlegmatic group of people that could put up with pain. It did not bother them. However, I have seen caesarean sections performed under acupuncture anaesthesia, chest surgery being performed under acupuncture anaesthesia, and obviously there is something to it.

It is being performed in Canada. It has a place in medicine, particularly in the treatment of chronic pain. However, I am speaking personally; my personal knowledge of acupuncture is very limited. I really do not think there are very many Canadian citizens who would like to undergo major surgery with a needle stuck in front of the left ear and one stuck in the right hand, and being twiddled by somebody standing there. I really do not think that would be an acceptable method of anaesthesia. I do not think the Canadian psyche is attuned to that at the present time. Maybe somewhere down the line...

I really do not think that the performance of acupuncture for major surgery is an appropriate way of giving anaesthetics. My colleagues may have different approaches. As I say, this is a personal thing. I am not terribly familiar with acupuncture. Jean Taillefer.

Dr. Jean Taillefer (Vice-President, Canadian Anaesthetists Society): The acupuncture gives a little analgesia, but it is not a technique to relieve major pain. It is working with Chinese people, but I am not sure that it would work with Italians or other people.

[Traduction]

Mme Mitchell: Merci, monsieur le président. Je voudrais, moi aussi, remercier les témoins d'être venus si tôt un lundi matin.

Les questions du Dr Halliday, ou du moins les réponses que vous avez apportées aux questions qu'il posait relativement au risque élevé que constituaient les patients sous anesthésie m'ont particulièrement intéressée. Moi qui ne suis pas une experte en la matière, je n'ai pu m'empêcher de me rappeler les phénomènes que j'ai vus lors d'un voyage en Chine il y a quelques années: dans des cliniques communautaires, on avait recours à l'acupuncture lors d'opérations très délicates, de même que pour diminuer les tensions auprès de patients psychiatriques, notamment. Dans un hôpital, où j'ai assisté à des opérations très importantes, ce qui m'a frappé le plus, c'est que les patients étaient debout très rapidement après l'opération. Dans la plupart des cas, ils semblaient bien réagir. Cependant, dans certains cas, on avait eu recours à différentes drogues. La résistance à utiliser des techniques comme l'acupuncture est très forte au Canada. Pourriez-vous nous dire quelle est exactement la situation et si l'on a pensé à combiner ce genre d'anesthésie avec d'autres.

Dr Price: Je suis d'accord avec vous, il y a 10 ou 15 ans la résistance était très forte. La recherche a fait des progrès au cours des 10 ou 15 dernières années et nous comprenons maintenant quelles sont les raisons physiologiques qui expliquent l'efficacité de l'acupuncture. Lorsque nous en avons fait connaissance au milieu des années 60, on pensait qu'il s'agissait là d'un tour de passe-passe, d'une supercherie. Nous pensions que les Chinois étaient très stoïques, flegmatiques et qu'ils pouvaient par conséquent supporter pas mal de douleur. J'ai vu moi-même des césariennes pratiquées sous anesthésie due à l'acupuncture, de même que des opérations dans la poitrine. Il est certain que cela marche.

L'acupuncture est utilisée au Canada, elle a sa place dans la médecine et particulièrement dans le traitement des maladies chroniques. Je dois vous dire ici que mes connaissances en matière d'acupuncture sont assez limitées et que je vous donne mon expérience personnelle. Je ne crois pas que beaucoup de Canadiens seraient prêts à subir des interventions majeures avec une aiguille dans l'oreille gauche une autre dans la main droite avec quelqu'un qui les manipule. Je ne crois pas que la mentalité canadienne est prête pour ce genre de choses à l'heure actuelle. Mais peut-être qu'à l'avenir...

Je ne crois pas que l'acupuncture convienne dans le cas d'opérations majeures. Mes collègues ne seront peut-être pas du même avis; il s'agit là bien d'un avis personnel. Je ne m'y connais de toute façon pas beaucoup dans la question. Jean Taillefer.

Le docteur Jean Taillefer (Vice-président de l'Association canadienne des anesthésistes): L'acupuncture provoque une analgésie mineure, mais elle ne représente pas une technique de soulagement dans les cas de douleurs violentes. L'acupuncture fonctionne bien dans le cas des Chinois mais je ne suis pas sûr que ce serait la même chose pour des Italiens ou d'autres peuples.

[Text]

Mrs. Mitchell: I am not so sure about that.

Dr. Taillefer: It is a good technique—it gives a light analgesia, that is all.

Mrs. Mitchell: I would assume we would start with minor surgery first, but I must say I saw some quite intricate processes.

Dr. Taillefer: It is a technique that takes a long time to install. It is like hypnosis. It is possible to use it in surgery, but it takes a long time to prepare the patient for an operation under hypnosis. So it is a technique that can be used, but it is not a technique that can replace general or regional anaesthesia tomorrow morning.

Mrs. Mitchell: Of course not. Thinking of that three minutes, it seems to me that it is something that I personally would be willing to experiment with.

With regard to the question of funding generally, I take it from your brief that you are opposed to Bill C-3 and would like to see it delayed for further debate and negotiations and so on. But going back to the history of funding for health services, do you have any opinion on the change from block funding to the type of funding I know in the social services, which I happen to be more familiar with? The funding is shared under the Canada Assistance Plan, and it does mean that it is committed more to the direct services. In my province of British Columbia, we are concerned that some of the funding that goes to provinces does not necessarily get to the services that it is intended for. I think that is certainly true in post-secondary education. I personally would tend to favour the block method of funding, as opposed to what we have now. I would even suggest that the problem of funding that we have now is partly because, since we switched to the present type of funding, the federal government has not put as much money proportionately into health services. This has really left the provinces at a disadvantage—not that the provinces themselves are blameless, especially British Columbia.

• 0930

Dr. Price: I am not familiar with what has occurred in all the provinces, obviously, but from what we are told and what we have been led to believe by statements and publications from our own government in New Brunswick, for example, yes, there has been an increase in the actual dollar funds being sent from Ottawa to the provinces, certainly in the case of New Brunswick, but in fact there has been a reduction in the overall percentage that is paid—costs have risen so much in the last seven to ten years.

The cost of equipment is something that is really not appreciated. The major part of the costly equipment comes into Canada from the United States; most of the technology is developed in the United States. High technology equipment is extremely expensive. A simple monitor, which we use every day in the performance of our services to patients, a simple cardiac monitor, costs somewhere in the order of \$10,000 to

[Translation]

Mme Mitchell: Je n'en suis pas sûr.

Dr. Taillefer: C'est une bonne technique pour les douleurs légères.

Mme Mitchell: Je suppose que nous commencerions par des opérations mineures; cependant je dois dire que j'ai assisté à des interventions assez compliquées.

Dr. Taillefer: C'est une technique qui prend pas mal de temps, c'est comme l'hypnose. Il est possible d'utiliser l'hypnose en chirurgie, mais cela prend pas mal de temps pour préparer le patient. Ce n'est donc pas une technique qui pourrait remplacer du jour au lendemain l'anesthésie générale ou locale.

Mme Mitchell: Evidemment pas. Il me semble que je serais prête à me prêter à une telle expérience.

En ce qui concerne la question du financement en général, je constate que vous vous opposez au projet de loi C-3 et que vous aimeriez qu'il fasse l'objet d'autres débats et d'autres négociations. Dans le cas du financement des services médicaux, que pensez-vous de l'évolution du financement global à un genre de financement comme celui des services sociaux qui m'est plus familier? Dans ce cas, le financement est partagé dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada et il est utilisé beaucoup plus directement pour les services en question. Dans ma province, la Colombie-Britannique, nous nous préoccupons du fait que certains fonds qui vont aux provinces ne sont pas nécessairement affectés aux services prévus. C'est certainement le cas en matière d'enseignement post-secondaire. Personnellement, je serais en faveur d'un financement global plutôt que de la formule que nous avons à l'heure actuelle. Je pense même que les problèmes de financement que nous connaissons pour le moment sont dus en partie au fait que le gouvernement fédéral, depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime, n'a plus investi autant d'argent proportionnellement dans les services de santé. Cela a laissé les provinces dans une situation défavorisée, ce qui ne signifie pas que celles-ci ne soient pas coupables néanmoins, particulièrement la Colombie-Britannique.

Dr. Price: Je ne sais pas ce qui s'est passé dans toutes les provinces, c'est évident, mais d'après ce que l'on nous dit, d'après les déclarations et publications de notre propre gouvernement au Nouveau-Brunswick, par exemple, il semblerait qu'il y a eu une augmentation de la contribution d'Ottawa, particulièrement dans le cas du Nouveau-Brunswick, même si il y a eu une réduction dans le pourcentage global des versements, étant donné que les coûts ont augmenté de façon si grande au cours des sept à dix dernières années.

On ne se rend pas compte non plus de l'impact des coûts d'équipement dans toute cette question. La plus grande partie de l'équipement coûteux dont nous nous servons vient des États-Unis où est développée la technologie de pointe. Or, cet équipement est très coûteux. Un simple moniteur cardiaque, par exemple, dont nous nous servons tous les jours, coûte de \$10,000 à \$13,000. Il ne faut pas oublier non plus les taxes

[Texte]

\$13,000. On top of this, there are various taxes. If it comes from the United States, and the vast majority of them come from the United States because we do not have the technology, or we have not developed the technology in Canada as yet to provide this, there is a 20% to 25% premium on the Canadian dollar.

So, from this point of view, yes, there is a great lack of funds in most of the hospitals. I am not saying that all hospitals are the same, but certainly down in our part of the country I think the hospitals, the hospital administrators and the hospital boards would agree that they are very much underfunded and they are not able to provide the services. There is a limitation on services, a limitation on the pain clinics, for example, that we are involved in—and I can only speak from our own point of view. There is a limitation on the number of pain clinics because we do not have the rooms to carry out these clinics, they are not able to afford the nursing personnel or the ancillary personnel, the paramedical personnel, for the pain clinics.

Mrs. Mitchell: Excuse me, was that pain clinics?

Dr. Price: Yes. Anaesthetists are not solely involved with sitting at the end of a table squeezing a bag, keeping a patient alive. That may have been so in the 1940s and the 1950s, but medicine has advanced today, in 1984, to the point where anaesthetists certainly still perform services in the operating room but also perform services in the intensive care units. They are actively involved in intensive care units. They are involved in pain clinics. Chronic pain is probably the largest single debilitating factor, cost-producing area, of—how can I put this? One of the biggest problems, as far as getting a workman back to work is concerned, after an injury, for example, is the pain that is associated with it afterwards. So pain clinics today have become a very major part of medical practice and they are, for the most part—not entirely, but for the most part—staffed by anaesthetists, at least there are anaesthetists involved in the pain clinics. There are other personnel too—psychiatrists, psychologists, physiotherapists, etc.—but, for the most part, anaesthetists are involved. The funds are just not available to provide these in some parts of the country.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mrs. Mitchell, your time is up. If we have time, we will pick you up on the second round.

Mrs. Mitchell: Thank you.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, madame le président.

Cet exposé est très intéressant et il nous apporte des idées fort valables.

Ma question s'adresse surtout à M. Taillefer. J'aimerais savoir si la constatation que je fais est juste: on a l'impression que le nombre d'anesthésistes diminue en général. Pour ma part, je viens d'une région du Québec où il est extrêmement difficile d'avoir des anesthésistes. Est-ce attribuable à un manque d'intérêt pour la profession elle-même ou si c'est directement relié aux questions salariales?

[Traduction]

diverses qui sont imposées sur ces produits. De plus, il faut rajouter de 20 à 25 p. 100 lors de l'échange en dollars américains et l'on sait que la grande majorité de l'équipement nous provient des États-Unis, soit parce que nous n'avons pas la technologie ou que nous ne l'avons pas encore mise au point.

Donc, pour résumer, on peut dire qu'il y a une grande pénurie de fonds dans la plupart des hôpitaux. Ce n'est pas le cas pour tous, mais dans notre région du pays, les membres du conseil d'administration et les directeurs des hôpitaux seraient d'accord pour dire que les hôpitaux sont sous-financés et que, par conséquent, cela occasionne des lacunes dans les services. On restreint les services particulièrement dans les services d'analgésie et je ne peux évidemment parler que de mon propre point de vue. Nous n'avons pas le nombre de chambres que nous devrions avoir, ni le personnel hospitalier ni le personnel auxiliaire ni paramédical.

Mme Mitchell: Vous avez parlé de services d'analgésie?

Dr Price: Oui. Les anesthésistes ne s'occupent pas uniquement, lors d'interventions chirurgicales, de garder le patient en vie. C'était sans doute le cas au cours des années 40 et 50, mais la médecine a fait des progrès et en 1984, si nous continuons toujours à travailler dans les blocs opératoires, nous travaillons également dans les services de soins intensifs. Nous travaillons dans les services d'analgésie. La douleur chronique est sans doute le facteur débilisant le plus important dans certains cas; prenons par exemple le soigner pour que la douleur se résorbe. Ainsi donc à l'heure actuelle, des services où l'on traite la douleur font partie intégrante de la pratique médicale et emploient surtout des anesthésistes, mais également dans une moins grande mesure, des psychiatres, des psychologues et des physiothérapeutes. Dans certaines régions du pays cependant, les fonds ne sont pas disponibles pour ce genre de services.

Le président suppléant (Mme Killens): Madame Mitchell, votre temps est écoulé. Si nous avons le temps, nous pourrions vous donner la parole à nouveau au deuxième tour.

Mme Mitchell: Merci.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Madam Chairman.

Your brief is very interesting and offers very valuable ideas.

My question is mainly addressed to Dr. Taillefer. I am under the impression that the number of anaesthetists is going down. I would like to know if this is the case. I come from an area of Quebec where it is very difficult to obtain anaesthetists. Is this because of a lack of interest in the profession itself or is it related to remuneration?

[Text]

• 0935

Dr Taillefer: C'est une question passablement complexe que cette question d'effectifs qui stagnent ou diminuent. En fait, il y a eu, au départ, un attrait plus grand pour les spécialités chirurgicales qui étaient plus valorisantes. Il y avait cette différence de rémunération qui était élevée au départ, mais qui s'est amoindrie avec le temps. Cet intérêt moindre pour l'anesthésie était évident au moment où le chirurgien, le médecin traitant, était la personne en vue et où l'anesthésiste était souvent considéré comme un vague collaborateur. Souvent on ne savait même pas que c'était un médecin, encore moins un médecin spécialiste. Alors, il y a eu une espèce de déséquilibre entre le nombre de chirurgiens et le nombre d'anesthésistes. Depuis le début des années 70, on fait énormément de publicité; il y a eu énormément de choses de faites pour valoriser la spécialité, de sorte qu'on a augmenté l'attrait de la profession. Les implications au niveau des soins intensifs, des cliniques de la douleur et de différentes choses hors du bloc opératoire ont fait beaucoup pour revaloriser le rôle de l'anesthésiste. Au moment où le recrutement est devenu plus facile, on doit faire face, au Québec, à un contingentement des postes d'internes et de résidents. On n'a jamais réussi à attirer assez de candidats pour remplir les postes. Maintenant qu'on coupe des postes, on a davantage de candidats, mais on ne peut pas en former autant qu'on voudrait.

Au Québec, actuellement, il y a 92 résidents en formation dans les différents programmes. Ce sont des individus qui vont devenir spécialistes en anesthésie au cours des cinq prochaines années. Actuellement, il y a 87 anesthésistes de plus de 60 ans; ces personnes auront donc plus que 65 ans dans cinq ans. Par conséquent, les gens qui sont actuellement en formation remplaceront tout juste ceux qui prendront leur retraite. Et étant donné qu'on peut s'attendre à un certain nombre de déménagements, de changements d'orientation, de décès prématurés, on s'en va effectivement vers une décroissance.

Pourquoi les régions éloignées sont-elles moins bien pourvues? Eh bien, les régions éloignées ont toujours été bien pourvues quand les régions urbaines l'étaient. On a commencé par remplir Montréal, Québec et Sherbrooke avant d'envoyer des chirurgiens à Sainte-Anne-des-Monts, à Chibougamau ou à d'autres endroits éloignés. Comme il y a une différence entre le nombre d'anesthésistes et le nombre de chirurgiens, eh bien, cela n'a pas suivi. Souvent, quand les gouvernements établissent des politiques, ils les établissent en fonction de la rentabilité électorale. Ils ont toutes sortes de priorités qui ne vont pas nécessairement dans le sens de la rationalisation des services médicaux. À ce moment-là, on fait de la duplication de services. Il y a des hôpitaux qui existent et qui, à notre sens, ne devraient peut-être pas exister, qui sont tout à côté d'hôpitaux qui offrent des services connexes. À ce moment-là, il faut un certain nombre d'anesthésistes, soit au-delà de 400 au Québec et au-delà de 2,000 au Canada.

M. Marceau: C'est très intéressant. Évidemment, je ne partage pas tout à fait votre avis lorsque vous parlez de rentabilité électorale. Je pense que les personnages politiques ne se préoccupent pas toujours de cet aspect-là. On perçoit

[Translation]

Dr. Taillefer: This matter of the stagnating or decreasing number in the profession is a fairly complicated subject. At the beginning, there was a greater interest in surgical specializations with more status. There was the difference in compensation which was considerable at the outset but which has lessened over time. This decrease in interest for anaesthesia was obvious at a time when the surgeon, the responsible physician, was the person most in view and the anaesthetist was often considered as a sort of assistant. People often did not realize that he was a physician, much less a specialist. So there was a kind of imbalance in the number of surgeons and anaesthetists. Since the beginning of the 1970s, we have done a lot of advertising and a number of steps have been taken to give greater prestige to the specialty so that the profession has attracted more people. The involvement in intensive care, in pain clinics and other things outside of the operating room have done a lot to improve perception of the anaesthetist's role. At a time when recruiting has become easier, we in Quebec are faced with the imposition of quotas for internships and residencies. We have never succeeded in attracting enough candidates to fill the positions. Now that the positions are being cut, we have more candidates but we cannot train as many as we would like to.

In Quebec at the present time, there are 92 residents in training in different programs. These are people who will become specialists in anaesthesia over 87 anaesthetists who are over 60 and will therefore be over 65 in the next five years. Therefore, the number of those now being trained will only suffice to replace those who will be retiring. And since we can expect some to change location or orientation and some premature deaths, we can in fact expect a reduction.

Why are the remoter areas less well served? Well, the remote areas were always well provided for when there were enough practitioners in the urban areas. Montreal, Quebec City and Sherbrooke first had their share before surgeons were sent to Sainte-Anne-des-Monts, Chibougamau or other remote localities. However since there is a difference in the number of anaesthetists and the number of surgeons, the movement did not keep up. Governments often establish policies for reasons related to electoral profitability and they have all sorts of priorities which do not necessarily go along with the rationalization of medical services. In such cases, services may be duplicated. There are some existing hospitals which, in our opinion, should perhaps not exist since they are next to hospitals offering similar services. In such circumstances, a certain number of anaesthetists are necessary, over 400 in Quebec and 2,000 in Canada.

Mr. Marceau: That is very interesting. Of course, I do not quite share your opinion about electoral profitability. I do not think that this is always the concern of politicians. This may be the popular perception but I have some reservations about this.

[Texte]

peut-être ainsi les choses, mais j'ai certaines petites réserves là-dessus.

L'argument central de votre mémoire est celui-ci: nous devons retarder l'adoption du projet de loi. Je trouve cela curieux, parce que, d'une part, vous dites c'est le projet de loi le plus important, le plus valable, et que, d'autre part, vous dites que c'est tellement valable qu'on ne doit pas l'adopter.

En quoi la loi elle-même est-elle un obstacle à la négociation? Si je comprends bien, vous négociez avec les provinces, et nous, nous vous donnons un cadre général à l'intérieur duquel vous pourrez négocier.

• 0940

J'ai peine à comprendre que, d'une part, vous nous disiez que c'est important et même nécessaire et que, d'autre part, vous nous demandiez de ne pas l'adopter. Serait-il possible d'adopter une loi, même imparfaite comme vous le dites, qui offrirait un cadre et vous placerait en meilleure position pour négocier avec vos véritables interlocuteurs, le Québec ou les provinces en particulier?

Les provinces disent toujours qu'elles attendent la réponse d'Ottawa. Alors, ne pensez-vous pas qu'en fixant justement les paramètres, Ottawa vous aidera peut-être à formuler des revendications intéressantes qui auront des suites?

Dr. Taillefer: Nous avons identifié différents niveaux de problèmes. Il y a d'abord l'insuffisance du financement. Pour ce qui est du régime universel, le ministre québécois l'a bien dit: nous n'avons pas les moyens de nous payer une médecine en *Cadillac*. C'est peut-être caricatural, mais cela dit bien ce que cela veut dire: nous sommes d'accord pour un régime universel, mais nous n'en avons pas les moyens. Alors, il faut faire face à un problème de financement, de toute évidence.

Toutefois, les associations médicales préconisent une pratique médicale de haute qualité, et c'est dans ce champ d'activités que nous ne voudrions pas qu'un problème de financement vienne y porter entrave.

Le projet de loi mis de l'avant par madame Bégin essaie, par l'imposition de pénalités, de régler un problème qui, d'après nous, est relativement mineur, celui de la surfacturation. Or, à mon humble avis, la matraque ne devrait peut-être pas intervenir à ce niveau. On devrait plutôt s'intéresser à régler des problèmes de relations interprovinciales et de participation avec le gouvernement fédéral, dans le cadre de programmes conjoints d'orientation de la santé.

En fait, s'est-on interrogé sur notre orientation? Nous acheminons-nous vers un programme de prévention élaboré qui coûtera extrêmement cher ou, parallèlement, accepterons-nous de financer ces dépenses conjointement ou laisserons-nous retomber certains frais sur l'État, pour un groupe d'actes ou une clientèle particuliers?

M. Marceau: Une dernière question, monsieur le président.

Vous avez raison de dire qu'il s'agit d'une question de coût, et j'ose espérer que le ministre ne viendra pas nous rendre visite en *Cadillac* demain.

[Traduction]

The central point of your brief is that we should postpone the passage of this bill. This strikes me as strange since on the one hand you say that it is a very important piece of legislation and on the other hand, you say that because it is so valid it should not be passed.

How can the bill in itself be an obstacle to negotiation? If I understand correctly, you negotiate with the provinces and we are providing you with a general framework within which you will be able to negotiate.

It is hard for me to understand how you can say that it is important and even necessary, yet ask us not to adopt it. Would it be possible for us to adopt a piece of legislation, even though it may be imperfect, as you say, which would create a certain framework and put you in a better position to negotiate with your two interlocutors, the Government of Quebec or the provincial governments?

The provinces always say that they are awaiting a response from Ottawa. Do you not think that by establishing the parameters Ottawa may be able to help you formulate valid demands which will be followed up?

Dr. Taillefer: We have identified different levels of problems. First of all, there is the inadequacy of funding. As far as the universal plan is concerned, the Quebec minister quite clearly said we cannot afford to have Cadillac-style medicine. The comment may be a simplification but the meaning is clear: we agree with a universal plan but we are not able to afford it. Then we must obviously deal with the problem of financing.

However, the medical associations advocate top quality medical care and we do not want funding problems to hinder us in providing such care.

The bill presented by Madam Bégin attempts, through the imposition of penalties, to deal with the problem which we consider to be a relatively minor one, namely extra billing. In my humble opinion, there is no justification for a sledge hammer at this point. It would be preferable to attempt to settle the problem of interprovincial relations and the participation with the federal government within the framework of joint health-oriented programs.

Have there been any questions raised about our orientation? Are we heading towards an elaborate prevention program which will be extremely expensive or will we be willing to finance these expenditures jointly or allow a certain portion of them to be assumed by the state for a certain number of medical acts and certain elements of the population?

Mr. Marceau: One last question, Mr. Chairman.

You are quite right to say that it is a matter of costs and I hope the minister will not come to tomorrow's meeting in a Cadillac.

[Text]

Je pense que nous sommes conscients qu'il y a des problèmes de financement. Mais pensez-vous que nous pourrions régler ces problèmes d'une façon satisfaisante, en insistant sur un effort de prévention et en informant la population du coût des services de santé?

Je ne sais pas si les gens ne sont pas un peu inconscients, par manque d'information, peut-être, des coûts astronomiques de la santé. On constate de plus en plus que les gens vont à l'hôpital, ce qui est un droit, mais si on les renseignait un peu plus sur les coûts que cela représente et si on insistait sur l'aspect préventif, ne pensez-vous pas que nous pourrions aider à diminuer les coûts?

Dr Taillefer: Quant à informer les gens sur les coûts de la santé, cela pourrait aider, bien sûr, mais c'est quand même marginal. L'individu sera sensibilisé au sujet de la fréquence des visites au cabinet du médecin, mais pas nécessairement pour sa chirurgie pour le cancer ou sa chirurgie coronarienne qui va coûter 20,000\$ ou 30,000\$, et qui est le point final de l'évolution d'une maladie qu'il n'avait pas prévue, 20 ou 30 ans auparavant.

Pour ce qui est de la prévention, je pense que c'est une excellente voie vers laquelle il faut s'acheminer, mais il est illusoire de croire que cela fera diminuer les coûts. La prévention coûte énormément cher et ne rapporte rien dans l'immédiat.

M. Marceau: Merci.

Do you agree with that?

Dr. Price: My only comment as far as the awareness of costs is concerned is that I am not sure I entirely agree with my colleague. I believe he said he did not think it would make a great deal of difference. I think the people of Canada are responsible enough, or the majority of them are responsible enough, that if they knew what the costs involved were they would use them prudently, particularly with the proper public relations and proper publicity from OHIP.

• 0945

With regard to the prevention of ill health and preventive medicine, I am surprised that somebody has not come out and said that the best way for Canada to save money would be for everybody to die at 65. It is from 65 onwards that the costs are involved; 40% I believe is the figure, of the costs of medical care in Canada is related to the segment of the population over 65. I suspect 25% of the costs would be for those under the age of three. So there is 65% of the costs in maybe 20% of the population. I am just guessing at those figures; there are a lot of figures. So, to say that prevention and to put an emphasis on prevention, is going to save money; no, this is not so. If we prevent ill health in the prime of life, in the middle years, and prolong life, then this is going to have an increased cost in the later years.

The Chairman: We are now on a second round, and it will be five minutes, Mr. Reid.

[Translation]

I think we are aware of the funding problems. But do you think that we could solve these problems in a satisfactory manner by insisting on prevention and by making the population aware of health service costs?

I do not know whether there is a certain degree of unawareness because of lack of information perhaps, concerning the astronomical costs of health care. We note that more and more people go to the hospital, which is their right, but if they received greater information on the costs involved and if the preventive aspect were given more emphasis, do you not think that this might help reduce costs?

Dr. Taillefer: Informing people about health costs could help, of course, but the effect would still be marginal. This may influence the individual concerning the number of visits to his doctor but not necessarily for cancer or coronary surgery which will cost \$20,000 to \$30,000 and which is the final point in the evolution of a disease which was not foreseen 20 or 30 years ago.

As far as prevention is concerned, I think it is an excellent course to be taking but it is an illusion to believe that this will bring about decreased costs. Prevention is very expensive and produces no immediate results.

Mr. Marceau: Thank you.

Êtes-vous d'accord?

M. Price: En ce qui concerne une bonne perception des coûts, je me bornerai à dire que je ne suis pas sûr de partager entièrement l'opinion de mon collègue. D'ailleurs, si je ne m'abuse, il a affirmé que cela ne ferait guère de différence. Je fais confiance aux Canadiens, du moins à la plupart, et je sais qu'ils s'en prévaudraient avec circonspection pour peu qu'on les informe des coûts considérables, surtout par le biais de relations publiques et d'une publicité bien dirigée par OHIP.

En ce qui concerne la prévention de la maladie et la médecine préventive, je suis surpris que quelqu'un n'ait pas déjà préconisé que la meilleure façon pour le Canada d'économiser de l'argent serait de s'organiser pour que tout le monde meure à 65 ans. C'est à partir de l'âge de 65 ans que les frais augmentent; je crois que 40 p. 100 des frais des soins médicaux au Canada concernent la partie de la population âgée de plus de 65 ans. Je crois que 25 p. 100 des frais concernent les enfants âgés de moins de trois ans. Donc, 65 p. 100 des frais se rattachent à peut-être 20 p. 100 de la population. Ce ne sont pas des chiffres exacts; il y a beaucoup de chiffres à ce sujet-là. Oonc, on ne peut pas prétendre qu'en soulignant la médecine préventive, on aura la possibilité d'économiser de l'argent; ce n'est pas vrai. Si nous réussissons à prévenir la maladie pendant la jeunesse et plus tard, c'est-à-dire à prolonger la vie, cela aura pour effet d'augmenter les frais dans les années suivantes.

Le président: Nous allons commencer le deuxième tour, et j'accorderai cinq minutes à M. Reid.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Madam Chairman.

Dr. Price and gentlemen, I particularly want to welcome you to the table this morning, basically because you represent a specialty, and I want, some time before this morning has concluded, to hear your comments as to whether or not there should be any different levels in the practice of medicine, as among specialties and between specialties and general practitioners, and legislation. But let me start off from this point. I have heard it said that we should all die at 65 because costs go up thereafter, but I thought you might have said that the cheapest way of keeping people out of the surgery was by keeping people physically fit all along the way, and spend more money and time on that preventive medicine atmosphere.

But apart from the rhetoric, on page 1 you talk in terms of politics and politicians discussing the right of a quality medicare and access to that kind of medicare. Then again, over the page, on page 2 of your presentation, you say: "Canadians have a right to quality health care . . .", yourselves, anyway. So that basically we are talking about the same thing, are we not, about the right of Canadians to a quality medical care plan? And that includes accessibility. Now will you tell me, Doctor, why in some instances specialties opt out more than other branches of the medical profession? And I harken to your comment that opting out does not necessarily mean extra billing. But there are many examples of specialties, almost in their entirety, opting out of the medicare system. Why is that so?

Dr. Price: First of all, I believe this is confined to certain Provinces. I believe if you look at some of the Provinces in this country, where there is a good relationship between the medical profession and their provincial governments and provincial counterparts, that opting out is minuscule, and I quoted the situation in New Brunswick. In New Brunswick we have been fortunate to have a very good relationship with our provincial government, from the inception of medicare in 1971. It has not always been a honeymoon, but we have sat down at the table, we have negotiated the differences, and there really have been very, very few problems. I think this has been done in a responsible way by the medical profession. It has been done in a responsible way by the provincial government. Now, this is not to suggest that the medical associations of the other Provinces, where there has been discord, have not been responsible. However the governments, for reasons best known to themselves, have been harder negotiators. In some instances, they have elected to, frankly, encourage opting out, for whatever reason, and . . .

Mr. Reid (St. Catharines): May I interject, Doctor, just in the interest of time? We had the Canadian Medical Association before us, and I am glad to you did not talk in terms of the

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Merci, madame le président.

Docteur Price et messieurs, je voudrais profiter de l'occasion pour vous souhaiter la bienvenue ce matin, surtout parce que vous représentez une spécialité. Donc, avant de terminer la séance, j'aimerais entendre vos vues sur l'acceptabilité ou non de préciser plusieurs niveaux de médecine, par exemple, les spécialités par rapport aux omnipraticiens, dans le projet de loi. Mais je voudrais commencer par dire ceci: j'ai entendu dire qu'il serait préférable que nous mourions tous à l'âge de 65 ans du fait que les frais augmentent par la suite, mais il me semble que vous auriez pu dire que la façon la plus économique de faire baisser le nombre de personnes qui doivent se faire traiter ou se faire opérer était d'encourager les gens à maintenir leur forme physique pendant toute leur vie, quitte à consacrer davantage de temps et d'argent à la promotion de la médecine préventive.

Mais laissons tomber la rhétorique. A la page 1, vous parlez du fait que les hommes politiques discutent le droit des citoyens d'avoir accès à un bon système d'assurance santé. Ensuite, à la page 2 de votre mémoire, vous dites ce qui suit: «Les Canadiens ont le droit de recevoir des soins de santé de la plus haute qualité . . .», vous, en tout cas. Donc, il me semble que nous parlons de la même chose, n'est-ce pas, lorsque nous parlons du droit des citoyens canadiens à un régime d'assurance-santé de la plus haute qualité? Et cela comprend l'accessibilité. Pourriez-vous, donc, me dire, docteur, pourquoi il arrive souvent que les spécialistes se désaffilient du régime plus souvent que d'autres médecins? Et je pense, en particulier, à votre observation qui veut que la désaffiliation ne veut pas forcément dire la surfacturation. Mais il y a toutes sortes d'exemples de spécialités où presque tous les médecins qui exercent dans cette spécialité se sont désaffiliés du Régime d'assurance-santé. Pourriez-vous nous expliquer ce phénomène?

Dr Price: Tout d'abord, je crois que cette situation s'applique à certaines provinces en particulier. Dans d'autres provinces du pays, où le rapport entre les médecins et les gouvernements provinciaux est bon, le pourcentage de désaffiliation est minime, et j'ai parlé en particulier de la situation au Nouveau-Brunswick. Au Nouveau-Brunswick, nous avons eu la chance d'entretenir de très bons rapports avec notre gouvernement provincial depuis l'instauration du Régime d'assurance-santé en 1971. La situation n'a pas toujours été idéale, mais nous avons pu nous réunir pour négocier les problèmes, et en fait ceux-ci ont été rares. Je crois que la profession médicale a assumé ses responsabilités en essayant de négocier dans la mesure du possible. La même chose s'applique au gouvernement provincial. Toutefois, je ne prétends pas que les associations médicales d'autres provinces, où il y a eu des différends, ne se sont pas comportées d'une façon responsable. Parfois, les gouvernements, pour des raisons que nous ignorons, se sont montrés plus difficiles dans les négociations. Dans certains cas, ils ont même décidé d'encourager la désaffiliation, pour une raison ou une autre . . .

M. Reid (St. Catharines): Pourrais-je vous interrompre, docteur, tout simplement parce qu'il ne nous reste pas beaucoup de temps? L'Association médicale canadienne a

[Text]

basis of principle. We recognize that some doctors have never opted in on the basis of principle, but if they opt in and out on the basis of principle it makes it hard to give it credibility. We were sort of told that the opting in and out is now basically one of economics.

• 0950

Let me put it to you this way: If the Canadian Medical Association has to negotiate with the provinces, is it not so that specialties opt out in their greater numbers because they are fewer and have a closer-knit group, a more unionized operation for the purpose of the practice of their particular speciality than the general practitioners generally?

Dr. Price: I do not believe so, no. I believe there are two reasons why physicians opt out. First of all is because they feel they want to practise directly and have a direct patient-physician relationship—talk face to face, discuss fees the same as a lawyer discusses fees with a client when he comes into his office. The second reason is economic. In some provinces there is a wide discrepancy between the level of remuneration for services rendered to certain groups relative to similar groups in other provinces and to the other disciplines in the same province.

It is not always possible—and certainly has not been possible in the last few years under the constraints that have existed in the country—for provincial medical associations and governments to iron out those inequities within the fee schedule.

Mr. Reid (St. Catharines): Are there any problems . . .

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Very, very short, Mr. Reid, please.

Mr. Reid (St. Catharines): The last question, doctor, is: In the negotiation of that fee schedule, do the specialties—as represented by yourself—have any difficulty in gaining general acceptance within the medical profession and in the negotiation of a fair and reasonable schedule of fees for the different specialties or disciplines within the practice? Is there a problem with respect to the negotiations themselves that would cause the greater numbers of opting out in specialties?

Dr. Price: I do not believe so. Traditionally—up until 20 years ago—anaesthetists were frequently paid by the surgeon. There was no contractual arrangement with the patient at all. So anaesthesia fees were traditionally very low. That was in the late 1950s, early 1960s. During the 1960s, changes came about. Anaesthetists became more independent, if you like; they went to their provincial medical societies and said: Look, we want to have a fee of our own; we do not want to be dependent upon the surgeon handing us \$10 or \$15 at the end of the day for our services, for whatever the procedure was. These things cannot be brought about overnight.

[Translation]

comparu devant nous et je suis heureux de constater que vous n'avez pas parlé d'une question de principe. Nous savons que certains médecins n'ont jamais voulu participer au régime pour une question de principe, mais s'ils décident de s'affilier et ensuite de se désaffilier pour une question de principe, on a du mal à les croire. On nous a dit que cette question d'affiliation ou de désaffiliation est fondamentalement une question économique à l'heure actuelle.

Permettez-moi de vous poser la question de la façon suivante: si l'Association médicale canadienne doit négocier avec les provinces, c'est pour que davantage de spécialistes se désaffilient du régime, car ces derniers sont moins nombreux, ont des rapports plus étroits avec leurs collègues de la même spécialité et s'organisent d'une façon plus étroite que les omnipraticiens en général?

M. Price: Non, je ne le crois pas. Je crois se désaffilier du régime. D'abord, parce qu'ils veulent avoir des rapports plus directs avec leurs malades—c'est-à-dire, pouvoir leur parler directement des honoraires qu'ils devront payer, tout comme le fait un avocat vis-à-vis d'un client qui le consulte. La deuxième raison est économique. Dans certaines provinces, il y a un écart important entre le niveau de rémunération accordé à certains médecins qui offrent certains services médicaux et celui accordé au même type de médecins dans d'autres provinces.

Les associations médicales provinciales et le gouvernement n'arrivent pas toujours—et, certes, cela n'a pas été possible depuis quelques années, étant donné les contraintes financières qui existent depuis quelque temps au Canada—à éliminer ces injustices qui existent au niveau du barème des tarifs.

M. Reid (St. Catharines): Avez-vous des problèmes . . .

Le président suppléant (Mme Killens): Il faudrait que votre question soit très brève, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): La dernière question que j'aimerais vous poser, docteur, est la suivante: en négociant les tarifs du barème, les spécialistes—d'après votre propre expérience—ont-ils du mal à se faire accepter d'une façon générale par la profession médicale et vis-à-vis de la négociation de tarifs justes et raisonnables pour les différentes spécialités qui existent? Est-ce que ces négociations posent des problèmes elles-mêmes qui pourraient provoquer une désaffiliation plus importante de spécialistes?

M. Price: Non, je ne crois pas. Traditionnellement, c'est-à-dire jusqu'à il y a 20 ans, les anesthésistes, se faisaient souvent payer par le chirurgien. Il n'y avait pas de contrat du tout avec le malade. Par conséquent, les tarifs rattachés à l'anesthésie étaient traditionnellement très bas. Je parle de la période à la fin des années 50 et au début des années 60. Pendant les années 60, la situation a changé. Les anesthésistes sont devenus plus indépendants, si vous voulez; ils se sont adressés à leurs sociétés médicales provinciales en leur disant qu'ils voulaient se faire payer des tarifs plutôt que de dépendre du chirurgien pour obtenir 10 ou 15 dollars à la fin de la journée

[Texte]

In 1968 or 1969, the first Medical Care Acts were introduced; I think it was 1968, 1969, somewhere around there—the end of 1960s. From 1960 up until about 1968, there were improvements made. Then in 1968, because all the professions were being paid out of the same pot, things tended to slow down. As I said, because of the restraints, the correction of these inequities has slowed down. They are being corrected; I think that in time they will be corrected.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Breau, you have the last question. I want to wrap it up after this.

M. Breau: Merci, madame le président. J'ai seulement deux commentaires à faire.

First of all, I would like to say that I always find it interesting why it is people would want to worry sick people more when they wake up at the hospital trying to tell them how much their operation costs, or whatever. It seems to me that one of the things that people who are sick do not need is to be worried about the cost. It seems to me that where we should work . . . I would like to ask the opinions of the witnesses in that regard: Where should we work in terms of sensitizing the public, just where—even if it would not be a saving in the long run—where could society in general save on the long-run by massive investments and occupational safety, for example?

We tend to forget that normally when these issues are discussed, we discuss them only from the point of view of their social or human value. But it seems to me that we could introduce a lot more. Maybe the medical profession could help us in this regard, enter a more practical side to this, and show that massive investments in occupational safety, for example, would save an awful lot of money in the long run, not only in medical expenditures, but also in general social expenditures like pensions. I am talking about the asbestos disease and coal mining. I am sure the costs to the Government of Nova Scotia and the Government of Canada for the diseases coal miners have contacted in the coal mines of Springhill and Amherst area and in Cape Breton must be a fantastic amount of money.

• 0955

This is less a question . . . The witnesses may comment if they wish. It seems to me it is more in the area of costs and sensitization that we should do it instead of worrying patients more about how much their operations or their visits cost.

Voici mon deuxième commentaire. Monsieur a parlé tout à l'heure de la matraque; il disait qu'il n'y avait pas eu assez de consultations fédérales-provinciales. Il est vrai que, de son côté, il peut paraître étrange que le gouvernement fédéral agisse unilatéralement par le biais du projet de loi C-3, mais ce

[Traduction]

pour les rémunérer des services rendus, quels qu'ils soient. Ces choses-là ne se font pas du jour au lendemain.

En 1968 ou 1969, les premières lois sur les soins médicaux ont été présentées; je crois que c'était en 1968 ou 1969—en tout cas, à la fin des années 60. Entre 1960 et 1968 à peu près, certaines améliorations ont été apportées. En 1968, du fait que toutes les professions recevaient leur rémunération de la même source, cela a ralenti. Comme je vous l'ai dit, à cause des restrictions financières qui existaient, l'élimination de ces injustices a ralenti. On continue à corriger cette situation; d'ailleurs, je crois que nous arriverons un jour à la corriger.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Breau, vous pouvez poser la dernière question. Je voudrais terminer la séance après.

Mr. Breau: Thank you, Madam Chairman. I only have two comments to make.

D'abord, je constate toujours avec curiosité que certaines personnes aimeraient augmenter les soucis des malades, lorsqu'ils se réveillent à l'hôpital, pour leur dire combien a coûté leur opération ou les soins qu'il vont recevoir. Il me semble que s'il y a une chose dont les malades n'ont pas besoin, c'est de s'inquiéter du coût des soins qu'ils doivent recevoir. Il me semble . . . J'aimerais connaître les opinions des témoins à cet égard: en ce qui concerne la sensibilisation du public—même si cela ne nous permettra pas d'économiser grand chose à long terme—que pourrait faire notre société en général pour économiser des fonds à long terme, peut-être en investissant des sommes importantes pour la sécurité professionnelle?

Nous avons tendance à oublier que lorsqu'on parle de ces questions généralement, on en parle du point de vue de leur valeur sociale ou humaine. Il me semble que nous pourrions faire beaucoup plus. La profession médicale pourrait d'ailleurs nous aider à cet égard, en parlant du côté pratique de tout cela, pour montrer que si, par exemple, on investissait beaucoup d'argent pour la sécurité professionnelle, nous finirions par économiser beaucoup d'argent à long terme, non seulement au niveau des dépenses médicales, mais aussi au niveau des dépenses sociales, comme les pensions. Je parle de l'amiantose et des maladies qui existent parmi les mineurs. Je suis sûr que les coûts qu'ont dû supporter le gouvernement de la Nouvelle-Écosse et le gouvernement du Canada en raison des maladies contractées par les mineurs qui travaillent dans les mines de Springhill et d'Amherst ainsi qu'au Cap Breton doivent être très importants.

Mais ce n'est pas vraiment une question . . . J'aimerais connaître la réaction des témoins, s'ils veulent faire des observations. Il me semble qu'il faudrait sensibiliser le public plutôt que d'augmenter les soucis des malades en leur parlant du coût de leurs opérations et de leurs visites chez le médecin.

Here is the second comment I would like to make. Someone spoke earlier about the sledgehammer approach; he said that there had not been sufficient consultation between the federal and provincial governments. It is true that from his point of view, it may seem curious that the federal government has

[Text]

n'est certainement pas parce que le gouvernement fédéral n'a pas essayé de conclure une entente. En 1980, le juge Emmett Hall a publié un rapport sur tout le système de santé. On pensait que cela amènerait une collaboration positive des provinces, mais malheureusement, cela n'a pas impressionné les provinces. En 1981, un comité spécial de la Chambre des communes sur les accords fiscaux a fait une étude de tous les arrangements fiscaux au pays, y compris les accords sur la santé. Beaucoup de témoins sont venus pour nous parler expressément du système de santé. En mai 1982, le ministre, M^{me} Bégin, a essayé, à une conférence fédérale-provinciale, d'entamer une discussion positive avec les provinces non seulement sur la question de l'*extra-billing* et des frais aux usagers, mais sur tout le système en général. Encore une fois, cela n'a pas été possible.

Ce n'est donc certainement pas parce qu'on n'a pas voulu consulter les provinces. Si on a fait les choses unilatéralement, c'est qu'on n'avait pas de choix. Je voudrais également vous rappeler que, bien que la surfacturation ne constitue pas nécessairement un gros problème du point de vue macro-économique, il faut tout de même éliminer cette échappatoire qui pourrait faire qu'à la longue, on se retrouverait au Canada avec deux ou trois régimes de santé: un pour les riches, un autre pour les pauvres et un troisième pour la classe moyenne. On reconnaît qu'aujourd'hui, sauf dans certaines communautés ou certaines grandes régions où des spécialistes se retirent du système public, ce n'est pas vraiment un gros problème, mais on ne voudrait pas que les choses aillent trop loin.

Dr Taillefer: Me permettez-vous de faire un commentaire? Je comprends bien votre position, car nous avons aussi ce problème de manque de communication avec nos gouvernements provinciaux. Les grands principes, les grandes théories, les grandes discussions touchent peu l'anesthésiste qui est dans sa salle d'opération, dans son hôpital. C'est la même chose pour ce qui est de la prévention. On souscrit à tout ce qui s'appelle «geste de prévention», mais nous, les anesthésistes, nous sommes au bout de la ligne. Nous nous situons là où il n'y a à peu près plus de prévention possible. Nous sommes dans une salle d'opération, aux soins intensifs; nous nous trouvons devant un fait accompli.

Quand on parle d'*underfunding*, nous, nous nous retrouvons avec un problème courant et crucial d'équipement, par exemple. On est dans un hôpital où il faut faire de l'anesthésie avec une machine qui date de 20 ans, qui n'a aucun système d'alarme, qui n'a aucun mécanisme de protection. Quand nous arrivons au niveau de l'administration pour réclamer un nouveau appareil, la priorité de l'hôpital peut tout aussi bien porter sur le changement des briques à l'extérieur que sur le remplacement de notre machine. Nous nous trouvons bien petits dans tout cela, et à un niveau très très important. Autant notre spécialité est méconnue, autant nos réclamations sont méconnues au niveau de l'administration et des structures gouvernementales. C'est pourquoi nous voulons conserver un moyen de pression sur la machine.

[Translation]

decided to act unilaterally by introducing Bill C-3, but it certainly is not because the federal government did not attempt to reach an agreement. In 1980, Justice Emmett Hall published a report on the entire health system. It was thought that this would encourage the provinces to co-operate with the federal government, but, unfortunately, it had little effect on them. In 1981, a special House of Commons Committee on Fiscal Agreements made an exhaustive study of fiscal arrangements in the country, including health arrangements. Many witnesses appeared before the committee to discuss the health system. In May 1982, the Minister, Madam Bégin, tried at a federal-provincial conference to get a positive discussion going with the provinces not only on the question of extra billing and user fees, but on the whole system. Once again, this was not possible.

So, the reason for this approach is certainly not because the federal government did not wish to consult the provinces. If it decided to move unilaterally, it is because it had no choice. I would also like to remind you that even though extra billing may not necessarily constitute a major problem in macro-economic terms, this kind of loophole must nevertheless be eliminated. Otherwise, in the long term, we might end up with two or three types of health plans in Canada: one for the rich, another for the poor and a third for the middle class. We recognize that nowadays, except in certain communities or areas where specialists have opted out of the public plans, this is not really a major problem, but, on the other hand, we do not want things to go too far.

Dr. Taillefer: I would just like to make a comment, if you do not mind. I certainly understand your position, because we also have had this problem of lack of communication between us and our provincial governments. Lofty principles and theoretical discussions have little effect on the anaesthetist who works in an operation room, in a hospital. The same thing goes for prevention. We agree with anything that can be called "preventive medicine" but we, as anaesthetists, are at the end of the line. We work in a situation where there is practically no prevention possible. We work in the operation room, in intensive care; we are faced with a *fait accompli*.

But as far as underfunding is concerned, we have to face a daily and crucial problem of poor equipment, for instance. We work in hospitals where the machinery we use is often 20 years old, is provided with no alarm system and no protection mechanism. When we go to see hospital administrators to ask for new equipment, it is quite possible that the hospital's priorities may lie in changing the brickwork outside rather than replacing our machine. More often than not, we find that we are completely disregarded in the process. In the same way that our specialty is misunderstood, the demands we make to hospital administrators and government authorities are also misunderstood. That is why we want to maintain a means of putting pressure on the whole machine.

[Texte]

[Traduction]

• 1000

M. Breau: Je puis vous assurer que personne ici, du moins de ce côté-ci de la table, ne prétend qu'il n'est pas difficile de prononcer des jugements sur l'allocation de fonds privés ou publics dans un système aussi complexe. On reconnaît qu'il faut non seulement que la société se prépare à dépenser davantage dans ce domaine, mais aussi à en arriver à des structures de discussions et des processus de changements à long terme qui incluent les membres de la profession médicale, les infirmières, les gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral et les gestionnaires des hôpitaux. On reconnaît qu'il y a là un problème. Si on a présenté le projet de loi C-3, ce n'est pas parce qu'on croit qu'il n'y a pas de problème à ce niveau ou que les discussions politiques ne sont pas souhaitables. A notre avis, il nous faut d'abord passer par ce stade-ci. Il faut s'entendre sur ces questions d'accessibilité, d'universalité, enfin sur toutes ces questions de base. On ne pourra jamais passer à l'autre étape avant d'avoir réglé ces questions.

Cependant, même si nous n'y sommes pas encore rendus, cela ne veut pas dire que nous ne reconnaissons pas qu'il faut y aller, tant du point de vue financier que de celui de la consultation, mais il nous faut régler ce problème-ci avant de passer à l'autre étape.

I would just like to reassure my New Brunswick friend that if you take cash and tax, the percentage of federal contribution to the overall health expenditures in New Brunswick is a little more now than it was before block funding. As I am sometimes, he is a victim of propaganda which uses very selective years to show trends. The EPF block funding was arranged in such a way that in the first three years there were very generous levelling-up and transitional payments to bring every provincial government, every province, to an average per capita contribution. The result was that in provinces like New Brunswick, where our costs were under the national average, we received much higher payments in the first three years of EPF, and now they are coming back to what they should normally be. The facts are that in the last year of cost-sharing—Dr. Halliday does not like me saying this because it contradicts his assertions that we are spending less, but in fact we are spending more—in the last year of cost-sharing, if you took the overall health expenditures in New Brunswick, not only medicare and hospitalization but overall, the federal contribution was 46.1%. If you took only medicare and hospitalization, it was 60.8%, not 50% but 60.8%. In the last fiscal year for which I have the figures, for medicare and hospitalization it was 58.4% and overall it was 46.5%. So in fact, the federal contribution is more if we consider health services other than medicare and hospitalization. Those are the figures that I have and they are normally reliable.

Mr. Breau: I can assure you that no one here, at least on this side of the table, is suggesting that it is not difficult to make judgements on allocating private or public funds in such a complex system. We recognize that society must be prepared not only to spend more in this area, but also to develop a mechanism of positive discussion and long-term changes which includes the members of the medical profession, nurses, provincial governments, the federal government and hospital administrators. We recognize that this is a problem. We did not introduce Bill C-3 because we believed there is no problem in that sense or because we believed that political discussions are not advisable. We feel that we must first go through this stage of the process. We have to agree on matters of accessibility, universality, and all the basic principles. We certainly cannot go any further until we have settled these basic questions.

Even though we have not yet reached the second stage, this does not mean we do not recognize that we have to get there eventually, both in terms of finances and consultation. But we must first deal with this specific problem before we can move on to the other one.

J'aimerais simplement rassurer mon ami du Nouveau-Brunswick en lui disant que si l'on tient compte des liquidités et des impôts, le pourcentage de la contribution fédérale à l'ensemble des dépenses de santé au Nouveau-Brunswick est un peu plus élevé qu'il ne l'était avant l'instauration du système de financement global. Comme il m'arrive parfois de l'être, il est la victime d'une propagande qui se fonde sur le choix de certaines années pour montrer les tendances. Le système de financement global prévu pour les programmes établis a été organisé de façon à accorder, pendant les trois premières années, des paiements très généreux de transition pour que chaque gouvernement provincial reçoive la même contribution selon une formule par habitant. Par conséquent, dans certaines provinces comme le Nouveau-Brunswick, où nos coûts étaient au-dessous de la moyenne nationale, nous avons reçu des sommes beaucoup plus importantes pendant les trois premières années du FPE et ces sommes vont maintenant diminuer pour atteindre le niveau normal de contribution. En fait, au cours de la dernière année de partage des coûts—M. Halliday n'aime pas que je vous dise cela, car c'est une contradiction de ces arguments qui veulent que nous dépensions moins maintenant, alors qu'en fait, nous dépensions beaucoup plus—dans la dernière année du partage des coûts donc, si l'on regarde l'ensemble des dépenses au Nouveau-Brunswick dans le domaine de la santé, non seulement au titre de l'assurance-santé mais au titre de l'assurance-hospitalisation, la contribution fédérale a été de 46.1 p. 100. Si l'on ne tient compte que de l'assurance-santé et de l'assurance-hospitalisation, il s'agit de 60.8 p. 100, non pas 50 p. 100, mais 60.8 p. 100. Dans la dernière année financière pour laquelle j'ai des chiffres, la contribution était de 58.4 p. 100 au titre de l'assurance-santé et de l'assurance-hospitalisation, et, en général, de 46.5 p. 100. Donc, en fait, la contribution fédérale est plus importante si nous tenons compte de services de santé autres que ceux prévus par l'assurance-santé et l'assurance-

[Text]

Dr. Price: Well, Mr. Breau, I would not attempt to enter into a debate with you regarding the statistics, but I do know that statisticians can do a lot of things with figures. However, I would like just to make one point . . .

Mr. Breau: But these are not things made by statisticians. Those are the facts about what has been spent.

Dr. Price: —Okay, I accept that. I would like to make one point though. You made the point in your initial comments that extra billing was not a problem. That was your statement. You said "extra billing is not a problem". However, and then you said . . .

Mr. Breau: No, no.

Dr. Price: —Just one moment, please, sir—you went on to comment that access was the first thing that had to be dealt with, rather than under-funding. Access, limitation of access, has been identified in C-3 as the limitation being imposed by extra billing and by the imposition of user fees. If extra billing is not a problem, then let us get on with the important problem.

Mr. Breau: You may have been led to that interpretation of my remarks by the translation or the interpretation.

Dr. Price: Well, if I was, I . . .

Mr. Breau: What I said was that, seen overall in the health system, I agreed with the gentleman who said, and in your brief when you say, that from a macro-economic point of view extra billing is not a major problem in the health system. I said I agreed with that overall. What I said concerned us is that, in certain isolated cases, all specialists, for example, are opted out in certain communities, and we do not want to wait for it to be an overall major problem in the country; we want to stop the spread before it goes any further.

• 1005

Dr. Price: Yes, I had already identified that, Mr. Breau, before you came into the meeting. I think it was Dr. Halliday who asked the question concerning that, and I said: Yes, there are imperfections in the existing system, but let us iron out the imperfections on a negotiated basis. Let us negotiate those imperfections rather than bringing in a sledge hammer to drive in a thumb tack.

Le président suppléant (Mme Killens): Docteur Price, il y a souvent divergence de vues à cette table, ce qui est tout à fait normal.

Au nom du Comité, je désire vous remercier, docteur Price et messieurs Taillefer et Cowan, d'être venus témoigner ce matin.

[Translation]

hospitalisation. Voilà les chiffres que j'ai pu obtenir et je crois qu'ils sont fiables.

Dr Price: Eh bien, monsieur Breau, je ne veux pas discuter de vos statistiques, car je sais que les statisticiens peuvent faire dire bien des choses aux chiffres. Par contre, je voudrais soulever un point en particulier.

M. Breau: Mais ce ne sont pas des théories de statisticiens. Ces chiffres représentent la réalité en ce qui concerne les dépenses.

Dr Price: D'accord, j'accepte votre argument. Je voudrais tout de même soulever un point en particulier. Vous avez dit au début de vos remarques que la surfacturation ne posait pas de problème. Voilà ce que vous avez dit. Vous avez dit que la surfacturation n'est pas un problème. Ensuite, vous avez dit . . .

M. Breau: Non, non.

Dr Price: Permettez-moi, monsieur. Vous avez ajouté qu'il fallait d'abord aborder le problème de l'accessibilité plutôt que du sous-financement. Le projet de loi C-3 est fondé sur le principe même que la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs entravent l'accès au régime. Si la surfacturation ne pose pas de problème, dépêchons-nous d'aborder le vrai problème!

M. Breau: Vous avez peut-être pu interpréter mes remarques de cette façon à cause de la traduction ou de l'interprétation.

Dr Price: Eh bien, si c'est vrai . . .

M. Breau: En fait, j'ai dit que pour l'ensemble du système d'assurance-santé, j'étais d'accord avec la personne ou, plutôt, avec la déclaration qui figure dans votre mémoire, à savoir que du point de vu macro-économique, la surfacturation n'est pas un problème majeur dans l'ensemble du système d'assurance-santé. J'ai dit que j'étais d'accord avec cette remarque en général. Ce qui nous préoccupe, c'est que dans certains cas isolés, dans certaines communautés, tous les spécialistes, par exemple, ont choisi la désaffiliation, et on ne veut pas attendre que cette tendance constitue un problème important partout au pays; on veut arrêter la diffusion de cette pratique avant qu'elle ne prenne de l'envergure.

Dr Price: Oui, j'avais déjà identifié cela, monsieur Breau, avant votre arrivée ici. Je crois que c'est le Dr Halliday qui a posé une question à ce sujet, et j'ai répondu qu'effectivement il y a des imperfections qui existent dans le système actuel, mais qu'il faut négocier pour enrayer ces imperfections. On doit négocier plutôt que de tout chambarder pour effectuer des changements minimes.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Dr. Price, there are often differences of opinion around this table, and that is completely normal.

On behalf of the committee, I would like to thank Dr. Price, Dr. Taillefer and Mr. Cowan for having come to give evidence this morning.

[Texte]

J'inviterais le groupe de l'Organisation nationale d'antipauvreté à s'asseoir à la table des témoins. Je crois comprendre qu'il n'y aura pas de mémoire, mais une simple communication.

Au nom du Comité, il me fait plaisir de souhaiter la bienvenue au directeur général de l'organisme, M. Patrick Johnston, et à M^{me} Debbie Hughes-Geoffrion, qui fait partie du comité de liaison communautaire. Je vous cède donc la parole sur-le-champ.

M. Patrick Johnston (directeur général, Organisation nationale d'antipauvreté): Bonjour, et merci beaucoup, madame.

I would like to thank members of the committee for the invitation to appear this morning. By way of explanation, I should apologize also for the fact that we have nothing written to present to you. Unfortunately, since the time of the request to appear several weeks ago, I have been on the road travelling primarily throughout the west, visiting a number of our group members in Edmonton, Winnipeg and Regina. I did not return to my office until Friday and simply did not have time to put anything written on paper. So what I would like to do is provide a few general comments about our response to the proposed Canada Health Act, about the issue of health care in general, and then throw it open to questions.

I should perhaps first explain, for those of you who are not familiar with the National Anti-Poverty Organization, that we are a non-profit, voluntary association of low-income individuals and groups and others in Canada who are concerned about poverty. We have at this stage approximately 150 group members across the country, most of which are community-based, grass-roots groups of low-income people. NAPO is governed by a 20-person board of directors, again people from all over the country, most of whom are low-income themselves. Some are on welfare; others are what we might call the working poor; others are pensioners.

We are a very, very small operation. You are looking at half our total staff right now. We have very limited resources; we really do not have any kind of research capacity, and we rely on others for the statistics.

Mr. Breau: Those are the best organizations.

Mr. Johnston: We like to think so. We rely on the same kinds of statistics that I think many of you rely on for the discussion of these kinds of issues, but what we can and do bring to this table is a perspective from the point of view of low-income Canadians.

About a year ago, my board of directors met here in Ottawa, and we discussed at that meeting a number of issues

[Traduction]

I will now ask the National Anti-Poverty Organization to take their place at the witnesses' table. I believe there is no brief, but that they have a few words to say.

On behalf of the committee, it is a pleasure for me to welcome Mr. Patrick Johnston, Director General of the organization, and Mrs. Debbie Hughes-Geoffrion, who is on the community liaison committee. Please go ahead.

Mr. Patrick Johnston (Director General, National Anti-Poverty Organization): Good day, and thank you very much, madam.

J'aimerais remercier les membres du Comité de nous avoir invités à venir témoigner ce matin. Nous n'avons pas de mémoire écrit à vous soumettre et je dois vous en offrir nos excuses. Malheureusement, depuis qu'on a demandé la permission de comparaître il y a plusieurs semaines, j'ai passé mon temps à voyager surtout dans l'Ouest où je visitais des membres de notre groupe à Edmonton, à Winnipeg et à Regina. Ce n'est que vendredi que je suis rentré à mon bureau, et je n'ai tout simplement pas eu le temps de mettre quelque chose sur papier. Alors, j'ai l'intention de procéder de la façon suivante: je vais faire quelques observations générales au sujet de notre réaction à ce projet de loi sur la santé, je dirai quelques mots sur la question de soins de santé en général, et ensuite nous répondrons à vos questions.

Je devrais peut-être d'abord expliquer à ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'Organisation nationale d'antipauvreté qu'il s'agit d'une association bénévole à but non lucratif qui regroupe des particuliers et des groupes à bas revenus ainsi que d'autres particuliers et organismes au Canada qui se préoccupent du problème de la pauvreté. Actuellement, nous avons quelque 150 groupes un peu partout au pays qui sont membres de notre organisation, et qui dans la plupart des cas sont formés d'individus à bas revenus et qui travaillent au niveau de la communauté. Notre organisation est gouvernée par un conseil de direction de 20 membres, et encore une fois ces gens viennent d'un peu partout au pays, et la plupart d'entre eux sont des gagne-petit. Certains reçoivent des prestations de bien-être social; d'autres sont des pauvres qui travaillent, si on peut les décrire de cette manière; et encore d'autres sont des retraités.

Il s'agit d'une très petite organisation. À ce moment-ci, vous avez devant les yeux 50 p. 100 de notre personnel. Nos ressources sont très limitées; nous n'avons pas la possibilité de faire de la recherche, et nous devons compter sur d'autres pour l'obtention de nos données.

M. Breau: Les organisations de cette nature sont les meilleures.

M. Johnston: Nous le croyons. Nous devons nous baser sur le même genre de données que vous quand nous parlons de ces questions, mais notre contribution particulière ici, c'est notre point de vue qui est celui des Canadiens à bas revenus.

Il y a un an plus ou moins, notre conseil de direction s'est réuni ici à Ottawa, et à cette réunion-là, nous avons parlé de

[Text]

of concern to them wherever they happen to live in the country. Medicare was identified as one of their major concerns, and as the national organization, we identified it as a top priority.

I think the reason members of my board were identifying medicare as an issue, and an issue of concern to them, came for basically two reasons. To some extent they were starting to see some evidence of the impact of extra charges, direct user charges, extra billing, on some of the people they had involvement with in their own particular communities. Now obviously that was of concern to some people in some Provinces, not of concern to people in other Provinces that had not, at that point, had extra charges. They were starting to see low income people who had less money to pay for other necessities, because of some direct charges that had been issued. In some instances as well they were seeing people who were not seeking services they needed, because of the extra costs involved. Their subjective experience, in other words, supported some of the studies that have been done which show that direct charges do, in fact, impede access of low income Canadians to the health care system.

• 1010

To some extent, I think, their concern about medicare also resulted from their memories of the old days, of what it was like before medicare. Certainly a number of people identified examples they could remember of families, individuals, who were literally thrown into poverty before medicare because of unexpected health costs and because of inadequate insurance coverage. They also remember a time before medicare when access to health care was to some extent a function of financial circumstances.

Some information the National Council of Welfare prepared just about a year ago, I think, brought this to mind. It looked at the use of health services before medicare, the year 1950-1951 by income level, and that showed quite clearly it was upper income Canadians who used health services much more than lower income Canadians. When they looked at children, in particular, children from upper income families used health services at a rate of almost twice the rate used by children from low income families. So I think their response, their concern about medicare was a result of those two things—what they remembered about the days before a national health care insurance system and some of the examples they were starting to see now. It should be no surprise therefore, members of the committee, that NAPO welcomes the Canada Health Act because of its support of the basic principles underlying the medicare system and because of its intent to impose penalties for extra billing and user charges.

We would therefore approve and support speedy passage of the Act, but we do see it as only a first step. We see the Canada Health Act as a beginning and not an end process.

[Translation]

plusieurs questions qui préoccupent nos membres un peu partout au pays. L'assurance-santé a été identifiée comme un problème primordial, et en tant qu'organisation nationale, on lui a accordé une très haute priorité.

Je crois qu'il y a deux raisons fondamentales pour laquelle les directeurs ont identifié l'assurance-santé comme un problème, c'est-à-dire comme un problème qui les préoccupe. Jusqu'à un certain point, ils commençaient à voir l'impact qu'avaient les coûts supplémentaires, les frais modérateurs et la surfacturation sur certains individus qu'ils voyaient dans leurs propres communautés. Évidemment, ces questions préoccupaient surtout certains habitants de certaines provinces, et non pas les habitants d'autres provinces où la surfacturation n'existait pas encore. Mais ils commençaient à voir des gens à bas revenus qui avaient moins d'argent pour acheter des choses nécessaires à cause des coûts directs qui ont été imposés. De plus, de temps à autre, ils voyaient des personnes qui n'obtenaient pas des services nécessaires, à cause des coûts supplémentaires. En d'autres mots, leur expérience personnelle venait à l'appui de certaines études qui indiquent que les frais directs effectivement empêchent les Canadiens à bas revenu d'avoir accès au système de soins de santé.

Jusqu'à un certain point, je crois que leurs inquiétudes quant à l'assurance-santé découlent de leurs souvenirs de la situation qui prévalait autrefois, de la situation qui existait avant l'introduction de l'assurance-santé. Certes, plusieurs personnes ont donné des exemples de familles et d'individus qui, avant l'introduction du système actuel, littéralement ont été rendus pauvres à cause des frais de santé inattendus ainsi que de leur assurance inadéquate. Ils se souviennent aussi de l'époque avant l'assurance-santé où l'accès aux soins de santé était déterminé jusqu'à un certain point par la situation financière de l'individu ou de la famille.

Il y a un an, le Conseil national du bien-être social a préparé des données qui sont tout à fait pertinentes. Le Conseil a examiné l'utilisation de services de santé avant l'introduction de l'assurance-santé par tranche de revenu pour l'année 1950-1951, et on voyait très clairement que les Canadiens à revenu élevé utilisaient les services de santé beaucoup plus fréquemment que les Canadiens à bas revenu. Et si on prend l'exemple des enfants, en particulier, les enfants des familles aisées avaient recours aux services de santé deux fois plus souvent que les enfants de familles à bas revenu. Alors la réaction et l'inquiétude au sujet du système d'assurance-santé se basent sur deux choses: les souvenirs de l'époque avant l'introduction d'un système national d'assurance-santé mais aussi les exemples qu'on commence à voir maintenant. Alors les membres du Comité ne seront pas étonnés d'apprendre que notre organisation appuie cette loi canadienne sur la santé puisqu'elle appuie les principes de base du système actuel et puisqu'elle va pénaliser la surfacturation et l'introduction de frais modérateurs.

Alors nous sommes en faveur de cette loi et de son adoption rapide, mais il s'agit tout simplement d'un premier pas. Pour nous, cette Loi canadienne sur la santé est tout simplement le

[Texte]

There are many other issues that affect the health of Canadians and the health care system in general which must also be addressed.

We would like now to mention a few of those issues, a few of our concerns in particular. Some of these issues have no doubt been mentioned by some of the other groups which have appeared before you. Some may not have been. Some may lend themselves to an amendment to this Act, but we would be reluctant to support that if it meant a delay in the Act. We believe that speedy passage of this Act is important. Some of the other issues we will talk about, however, can simply not be addressed by this Act and will require perhaps other pieces of legislation or other forums to address those issues.

One of the issues in particular I would just like to touch briefly on—again, because we see this as a beginning process and not the end stage—is the whole issue of the formulation of health policy. It strikes us that the recent debate about the Canada Health Act has tended to politicize the health care issue in a way that may not have been particularly beneficial. I think many Canadians now see the whole health care issue, and certainly the Canada Health Act, to some extent as a political dispute between the federal and provincial governments. We do not believe this is particularly healthy and we think it is an issue that should be given some attention by this committee, given that there are still a number of outstanding issues which have to be addressed. Ever since the Royal Commission on Health Care in 1964, the first Hall Report, there has been some talk or suggestion of something that we might call a health care council. I think the Canadian Nurses Association has most recently talked about this issue again. It has cropped up from time to time and I think it is perceived, or people perceive this council as a sort of non-political council of health care providers and consumers, as well as representatives of the levels of government that are involved in the provision and funding of health care, and that it would act in a capacity to advise legislators, help formulate health care policy directions, standards and that sort of thing. I think perhaps it is time to give that idea much more serious consideration, especially in view of the fact that there are a number of other issues that have yet to be addressed and resolved.

• 1015

The second issue I would like to turn my attention to concerns premiums. We are concerned that one of the results of this Act, if it is effective in minimizing and eventually banning direct charges—extra billing and user fees—may be an increase in the levying of premiums. As you know, there are, I think, now three provinces that levy premiums. We are concerned that this may result in an increase in the levying of premiums in other provinces that do not charge them. It may also result in an increase in the actual amount of premiums charged in provinces where they now exist.

We are concerned about that and we are opposed to premiums for several reasons. The first reason, of course, is that above a certain level... Most provinces I think have

[Traduction]

début d'un processus et non pas la fin. Il y a beaucoup d'autres problèmes qui touchent à la santé des Canadiens, et le système de soins de santé en général doit être étudié.

Nous aimerions maintenant soulever quelques questions, quelques inquiétudes qui nous préoccupent en particulier. Les autres groupes qui sont venus témoigner devant vous ont sans doute référé à certaines de ces questions, mais pas nécessairement à toutes. La solution de certains problèmes entraînerait la nécessité d'amender cette loi, mais on hésiterait à appuyer un tel amendement si cela retardait l'adoption de la loi. Car on trouve qu'il est important que cette loi soit adoptée rapidement. Mais il y a d'autres problèmes que nous allons discuter qui ne relèvent tout simplement pas de cette loi, et qui devraient être l'objet d'autres lois ou d'autres discussions.

Une question particulière que j'aimerais mentionner en passant—encore une fois, car il s'agit d'un début et non pas d'une fin—c'est la question tout entière de la création de politiques dans le domaine de la santé. Il nous paraît que le débat récent sur cette loi a eu tendance à rendre politique la question des soins de santé d'une façon qui n'est peut-être pas très saine. Je crois que beaucoup de Canadiens considèrent maintenant toute cette question de soins de santé, et surtout la Loi canadienne sur la santé, comme un débat politique entre le gouvernement fédéral et les provinces jusqu'à un certain point. Cela n'est pas très sain, et nous trouvons que le Comité devrait se pencher sur ce problème, puisqu'il reste beaucoup de questions à étudier. Depuis la Commission royale d'enquête de 1964 et le premier rapport Hall, on a parlé de quelque chose qu'on pourrait qualifier de conseil national de soins sanitaires. Je crois que l'Association canadienne des infirmières a soulevé cette question tout dernièrement. On en parle de temps à autre, et je crois que l'idée, c'est d'avoir un conseil sur les soins sanitaires qui n'est pas politique mais qui regroupe les dispensateurs de services, les consommateurs ainsi que des représentants des divers niveaux de gouvernement qui jouent un rôle dans la prestation et le financement de soins sanitaires; il pourrait offrir des conseils aux législateurs, et participer au développement des orientations et des normes dans le domaine de la politique des soins de santé, et ainsi de suite. Je crois qu'il est grand temps de réfléchir beaucoup plus sérieusement à cette idée, surtout étant donné le nombre d'autres problèmes qui doivent encore être réglés.

La seconde question à laquelle je voudrais maintenant passer concerne les primes ou cotisations. Nous craignons que la loi ait entre autres pour conséquence d'entraîner une augmentation des cotisations si elle arrive à minimiser puis à faire disparaître la surfacturation et les frais modérateurs. Vous savez que trois provinces à l'heure actuelle exigent des primes. Nous craignons que d'autres provinces aient l'idée de percevoir elles aussi des primes et qu'en outre le niveau des primes, dans les provinces où il y en a déjà, ne soit augmenté.

Nous craignons vraiment cela et, de toute façon, nous sommes contre l'imposition de cotisations pour diverses raisons. La première, c'est bien entendu qu'au-delà d'un

[Text]

subsidies provided for low income Canadians, but the subsidy level is relatively low. Above that level of subsidy, the fees are the same regardless of the income. In other words, they are regressive. In Ontario, I think the subsidy level is about \$5,500 of taxable income. What that means is that if you happen to come at \$6,000 of taxable income, and you have a family of two or three children, you will be paying exactly the same amount of premium fees as a family that may have \$60,000 or \$70,000 of taxable income. Clearly it is regressive. The family with \$60,000 or \$70,000 has a much greater capacity to pay that fee than the family that has a taxable income of \$6,000.

We are also concerned because, in our experience, the number of people who may qualify for subsidy or premium assistance do not know about it. They do not know how to apply. They do not understand that they may be eligible. The concern, of course, is that there are likely some people who do not have health insurance coverage, as a result of the charging of premiums. I understand that there have been some very informal surveys done of community health centres in Ontario that show that 15%, 20%, 25% of some of the people they are seeing in fact do not have formal coverage because they have not paid the premium. A few months ago in Alberta as many as 200,000 Albertans were cut off from health care because they had not paid or were delinquent in their premiums.

We are pleased to see that in the proposed Canada Health Act the definition of universality requires that 100% of insured persons have access to insured services. But our question is, what about those people who are not insured because they have not paid the premiums?

We think this is going to be an increasing problem because of the rate of unemployment. There are more and more people who are going to be in that grey area where the imposition of—if you live in Ontario—\$700 a year for health care premiums for a family is a sizeable amount of money. Now, we recognize and understand that this may not fall within the jurisdiction of this committee or the federal government. Nevertheless, we believe it is an issue that should be of concern to you. We would hope that once the Act is passed the federal government will monitor the whole issue of charging of premiums.

Another issue that we would like to turn our attention to concerns what I know a number of other groups have mentioned about the proposed Act, that it does not really do very much to redirect or restructure or reorient the existing health care system, so that other kinds of services relating to health could be provided by other health care professionals in different kinds of settings.

We believe there is probably a need to expand the definition of insured health services to include services provided by health care professionals other than physicians. From our point of view, this may serve to surmount some of the other non-financial barriers to health care that affect low income people. I think there is, for example, a hesitation and a reluctance on

[Translation]

certain niveau... La plupart des provinces subventionnent les Canadiens à faible revenu, mais le montant de la subvention est assez bas. Au-delà de ce montant, les frais sont les mêmes quel que soit le revenu. Autrement dit, les frais vont en diminuant. En Ontario, je crois que le niveau de la subvention est de 5 500\$ de revenu imposable. Cela signifie que si vous avez un revenu imposable de 6 000\$ et que votre famille compte deux ou trois enfants, vous paierez exactement la même cotisation qu'une famille dont le revenu imposable est de 60 000\$ ou 70 000\$. Or, la famille dont le revenu est de 60 000\$ ou 70 000\$ est bien mieux en mesure de payer la cotisation que celle dont le revenu imposable n'est que de 6 000\$.

Nous sommes également inquiets parce que notre expérience nous montre que nombre de ceux qui sont admissibles à une subvention l'ignorent. Ils ne savent pas comment la demander et ils ne comprennent même pas qu'ils sont admissibles. Il est donc fort probable que certains ne sont pas protégés par l'assurance-maladie à cause de l'imposition de cotisations. Il semble que certains sondages non scientifiques aient été faits dans les centres de santé communautaires de l'Ontario et l'on s'est alors rendu compte que de 15 p. 100 à 25 p. 100 des clients de ces centres ne sont pas officiellement protégés par le régime parce qu'ils ne paient pas leurs cotisations. Il y a quelques mois, en Alberta, près de 200 000 Albertains ont été rayés des listes du régime d'assurance-maladie parce qu'ils n'avaient pas payé leurs cotisations.

Nous sommes heureux de voir qu'aux termes de la Loi canadienne sur la santé, universalité signifie que 100 p. 100 des habitants assurés de la province ont droit aux services de santé assurés. Mais nous, nous nous demandons ce qu'il advient de ceux qui ne sont pas assurés parce qu'ils n'ont pas payé leurs cotisations.

Ce sera un problème de plus en plus grave à cause du taux de chômage. Il y a de plus en plus de gens pour lesquels 700\$ de prime d'assurance-maladie par année—si vous habitez en Ontario—pour une famille sera beaucoup trop d'argent. Nous nous rendons compte que ce problème n'est pas du ressort du Comité ni du gouvernement fédéral. Néanmoins, le problème devrait vous inquiéter. Nous espérons qu'une fois ce projet de loi adopté, le gouvernement fédéral contrôlera toute cette question des cotisations.

Un autre problème maintenant, que nombre d'autres témoins avant nous ont soulevé, à propos du projet de loi, est que ce dernier ne fait pas grand-chose pour réorienter ou restructurer le système actuel des soins de santé afin que d'autres genres de services connexes soient prodigués par d'autres professionnels de la santé dans des milieux différents.

Nous croyons qu'il faut élargir la définition des services de santé assurés afin d'y inclure ceux fournis par des professionnels de la santé autres que les médecins. D'après nous, cela permettrait de surmonter certains des obstacles non monétaires qui nuisent aux personnes défavorisées. Par exemple, certaines familles à faible revenu, certaines familles monoparentales,

[Texte]

the part of some low income families, some single parent families led by women in particular, to receive help from physicians. ed I think there is a kind of intimidation to some extent, or there is a feeling of intimidation that a number of poor women feel, and this is an issue perhaps Ms Hughes-Geoffrion may want to comment on further. If we are able to expand the kinds of people who are involved in the provision of health, that may help some low-income people, in particular, feel a little more comfortable in the kind of health care services or receiving the health care services.

• 1020

Finally, we want to talk a bit about this whole area of prevention. Again, a number of other groups are concerned because there really does not appear to be much in the Bill that talks about the prevention of illness, which would result in fewer people needing the attention of health care professionals. In particular, I would like to just talk very briefly about the link between health and income adequacy.

Now, there may initially be some people who would say: What does income adequacy have to do with health care? But in fact, we would suggest it has everything to do with the health of poor Canadians in particular. I have a feeling we will look back at this point in our history and identify it as the beginning of a fairly significant change in Canada's social history.

After a decline in the rate of poverty throughout the 1970s, we have started very, very recently to see a significant increase in poverty. The rate of poverty levelled off until about 1981, when it bottomed out, and we are now witnessing a substantial increase in poverty.

To give you an example, between 1981 and 1982 the official Statistics Canada figures show that an additional 500,000 Canadians officially fell below the low-income cut-off lines. That meant there were in 1982 about 4 million Canadians compared to 3.5 million Canadians in 1981. That was exactly the same number in 1980; 3.5 million Canadians fell below the low-income line. So between 1981 and 1982, there was a substantial increase. It was an increase in terms of family poverty of something like 16% in one year. The 1983 statistics are not out and will not be out for some time. There is no doubt that we are going to see another big jump between 1982 and 1983. Once we look back on this year as well, we may also see another jump. There is no doubt in our minds it is a direct result of the recession, a direct result of the massive increase in unemployment.

What we are also now starting to see—and the evidence of this is not yet that overwhelming; it is not that obvious, but we are starting to see it—is that there are more and more Canadians who do not have enough money to buy food and who must rely on hand-outs for food. I want to give you just two examples that I experienced in my trip out west.

I spent a fair bit of time talking to people in Edmonton about the tremendous growth there of what is called "the food bank". A number of church groups and agencies are handing out food to people who do not have the money to buy food. They are finding there that provincial government officials in

[Traduction]

surtout celles où il n'y a que la mère, ont une certaine réticence à aller consulter un médecin. Un certain nombre de femmes pauvres se sentent un peu intimidées. C'est là un problème dont voudra peut-être vous toucher un mot M^{me} Hughes-Geoffrion. Si l'on pouvait augmenter le nombre d'intervenants dans le domaine de la santé, cela permettrait peut-être d'aider certaines personnes à faible revenu à se sentir un peu plus à l'aise avec les services de santé.

Finalement, nous voudrions vous parler un peu de prévention. Encore une fois, beaucoup d'autres témoins s'inquiètent qu'on ne parle pas davantage dans le projet de loi de la prévention de la maladie grâce à laquelle moins de gens auraient besoin de soins de professionnels. Je voudrais en particulier vous parler rapidement du lien entre la santé et le niveau des revenus.

Certains peuvent se demander quel lien il peut bien y avoir entre le niveau des revenus et la santé. En fait, nous croyons qu'il est très net chez les pauvres surtout. Je crois que plus tard, quand nous nous tournerons vers le passé, nous verrons ce moment comme le début d'une évolution importante dans notre histoire sociale.

Alors que le taux de pauvreté a diminué tout au long des années 1970, celui-ci a recommencé à augmenter, assez sensiblement, depuis peu. Le taux s'est stabilisé jusqu'en 1981, année où il a atteint son plancher, et depuis lors il a recommencé à augmenter très nettement.

Par exemple, d'après les chiffres officiels de Statistique Canada, en 1982, il y avait 500,000 Canadiens de plus qu'en 1981 sous le seuil de la pauvreté. Autrement dit, en 1982, il y avait quelque 4 millions de Canadiens pauvres par rapport à 3.5 millions en 1981. Le nombre était le même en 1980: 3.5 millions de Canadiens vivaient en-dessous du seuil de la pauvreté. Il y a donc eu une hausse marquée entre 1981 et 1982. Les familles se sont elles-mêmes appauvries de 16 p. 100 en un an. Les données pour 1983 ne sont pas encore connues et ne le seront pas avant quelque temps. Nous constaterons probablement une autre hausse sensible pour cette année-là. Cette année aussi nous risquons de voir une nouvelle hausse. Pour nous, c'est là une conséquence directe de la récession et de l'augmentation sensible du nombre des chômeurs.

Nous commençons également à constater—ce n'est pas encore évident, mais il y a un net début—que de plus en plus de Canadiens n'ont pas suffisamment d'argent pour se nourrir et doivent donc dépendre de dons de nourriture. Je vais simplement vous donner deux exemples que j'ai pu observer au cours de mon voyage dans l'Ouest.

J'ai longuement discuté avec des gens d'Edmonton de la prolifération de ce qu'on appelle là-bas les banques d'aliments. Un certain nombre d'Églises et d'agences distribuent gratuitement de la nourriture à ceux qui n'ont pas les moyens de s'en acheter. On s'est rendu compte que les fonctionnaires provin-

[Text]

Alberta Social Services are refusing people coming to them who need food and are telling them to go to the food banks. The demand on the food banks is increasing, and it has gone all out of proportion to what some of the people who initially got into it felt the demand would be.

It has gotten to the point that a number of church groups are saying they cannot handle the demand any more. There are hundreds and thousands of people every day who are coming to them looking for food. They cannot simply spend that amount of time. A number of community agencies have done nothing but hand out food for the last couple of months. They no longer are able to engage in some of the counselling programs which they are doing.

The problem is that much of the food being made available is donated by supermarkets because the shelf life has expired. It is food they cannot legally sell any longer; they would have to throw it out. The other problem, of course, is that the variety of food available through the food banks is incredible. You may have a surplus of cabbages one week, so you do well in cabbages; but there are no other kinds of goods available that week which would give you a balanced diet. There are no meat products; there are no dairy products made available. In other words, more and more people are relying on those kinds of facilities for food, and they are simply not able to get a minimal level of nutrition.

• 1025

The second example occurred when I was in Winnipeg and I visited a soup kitchen. It is called the Agapace Kitchen in Winnipeg. It is run by a group of nuns. I talked to one of the nuns in particular running the centre. She said that they are starting to see more and more children showing up in lines at the soup kitchen. Now that is a phenomenon that is happening as well in other soup kitchens across Canada. It is not simply the soup kitchen in Winnipeg. In other words, there are now children who are hungry. I will not say "starving" but there are children who are hungry enough that they are starting to appear in soup lines at which, until very recently, really only transients would show up.

I am not a doctor but I think it is apparent that nutrition and an adequate diet are two of the most fundamental elements and preconditions of good health, and if there is an increase in the number of Canadians who are not able to meet their basic nutritional requirements then it seems to me that increased demands for health care and increased costs in the future seem inevitable. The most efficiently administered health care system and one that bans direct charges is not really going to help the health of those people. I have a sense that income adequacy and security are growing problems for more and more Canadians. We are just starting to see the beginning of that now; it will inevitably affect the health of the population as a whole.

If this committee is serious about talking, about doing something about prevention, we believe one of the best things that can be done right now is to review and revise the Canada Assistance Plan Act. As most of you will know, that is the federal legislation that cost shares, or shares the cost with the

[Translation]

ciaux des services sociaux de l'Alberta renvoient viennent leur demander de l'argent pour de la nourriture, banques d'aliments. La demande s'accroît tant et tant qu'elle est devenu tout à fait démesurée par rapport pensaient ceux qui ont lancé l'idée.

Cela en est rendu à un point tel qu'un certain d'Églises disent ne plus pouvoir faire face à la demande, centaines et des milliers de gens viennent tous les jours demander la charité. Cela prend beaucoup trop de temps. Un certain nombre d'agences communautaires ne font rien d'autre que distribuer de la nourriture depuis des mois. Elles n'ont plus le temps de faire du counselling, elles le faisaient avant.

Le problème, c'est que les aliments proviennent toujours des supermarchés qui les retirent des tablettes que la date d'échéance est dépassée. Ce sont là des aliments qu'ils ne peuvent plus vendre légalement. Au lieu de leur les donner. Un autre problème aussi, c'est le manque de variété. Une semaine, il y a surtout des choux, mais la semaine suivante c'est autre chose. Il n'y a pas un choix de denrées qui permette d'avoir un régime équilibré. Il n'y a en fait aucune viande ni aucun produit laitier. Donc, de plus en plus de gens font appel à ces banques d'aliments qui ne fournissent pas un apport minimal d'éléments nutritifs.

Par exemple, j'ai vu le deuxième exemple lors d'une visite d'une soupe populaire à Winnipeg. Il s'agit de l'Agapace Kitchen à Winnipeg, qui est dirigé par des religieuses. J'ai parlé avec des sœurs qui dirigent le centre. Elle m'a dit qu'il y a de plus en plus d'enfants qui font la queue à la soupe populaire, un phénomène qui se produit également dans d'autres soupes populaires à travers le pays. Ce n'est pas seulement à Winnipeg. Autrement dit, il y a maintenant des enfants qui ont faim. Je ne vais pas parler d'enfants affamés, mais il y a des enfants qui ont suffisamment faim pour faire la queue aux soupes populaires. Jusqu'à tout dernièrement, on ne voyait que des vagabonds aux soupes populaires.

Je ne suis pas médecin, mais à mon avis il est évident que la nutrition et un régime suffisant sont deux des éléments les plus fondamentaux à une bonne santé, et s'il y a de plus en plus de Canadiens qui ne peuvent pas se nourrir, il est inévitable qu'il y aura une demande accrue et des coûts plus élevés dans le domaine des soins de santé à l'avenir. Ce n'est pas un régime de santé bien administré ni un régime de santé qui interdirait des frais directs qui vont améliorer la santé de ce genre de personnes. J'ai l'impression qu'un niveau suffisant et sûr de revenu devient un problème croissant chez de plus en plus de Canadiens. Nous commençons à constater les débuts d'un problème à l'heure actuelle; il aura inéluctablement une incidence sur la santé de la population dans son ensemble.

Si le Comité veut vraiment prendre des mesures dans le domaine de la prévention, à notre avis une des meilleures choses à faire, c'est de revoir la Loi sur le Régime d'assistance publique du Canada. Comme la plupart d'entre vous le savent, il s'agit d'une loi fédérale qui effectue le partage, avec

[Texte]

provinces of social assistance, social service programs. It is now almost 20 years old, very, very out of date and it simply has not kept up pace. We believe that piece of legislation is not only within the jurisdiction of the federal government, it is certainly within the power of this committee to recommend a review and a very, very serious look at updating and overhauling that piece of legislation. We believe that would be one of the most fundamental, most important things that you could do, that the federal government could do to address the issue of income adequacy and health, and perhaps to increase our ability to prevent illness, especially for low-income Canadians.

I think what I will do is leave my comments at that point, and Ms Hughes-Geoffrion and I would be pleased to field any questions members of the committee might have.

Le président suppléant (Mme Killens): Merci beaucoup, monsieur Johnston.

Pour la gouverne des membres qui se sont joints à nous un peu plus tard dans la matinée, nous nous sommes entendus pour que le premier tour de questions dure sept minutes et le deuxième, cinq minutes, comme d'habitude.

Monsieur Allmand, le premier tour, comme je le disais, ne durera que sept minutes ce matin.

Sommes-nous toujours d'accord, monsieur Halliday?

Mr. Halliday: Madam Chairman, is it customary for the opposition usually to have the first . . . ?

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Oui. C'est pour ça que j'ai dit . . . Mais nous sommes encore . . . We are still in agreement it will be seven minutes.

Mr. Halliday: Fine, yes.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Madam Chairman.

Mr. Johnston and your colleague, we welcome you to our table this morning. I think I would be one of the first to join with you in recognizing the fact that there is a direct link between the economic circumstances of the person concerned and his or her health needs. So I would like to join with you in emphasizing the desirability of jobs, and for young Canadians as well as some of our older Canadians, the ability to earn income and provide for some of their own services as they go.

I join with you too in emphasizing the need for the inclusion in this bill of several other matters related to the adequacy of health care, features and aspects of it as well—as you point out . . . the review and revision of the Canada Assistance Plan Act.

Having said all that, I come back to your comment which you opened and closed with, that your group is now beginning to see the need for the elimination of extra-billing and user fees.

We have had a number of witnesses appear before us already, Mr. Johnston, and practically all are saying that the health care plan which we have in existence today is the best in the world. Many of them are saying as well that there is no crisis today. I gather from their comments that really your

[Traduction]

provinces, des coûts de l'aide sociale et des programmes de services sociaux. C'est une loi qui remonte à presque 20 ans, qui est très désuète, et qui n'a tout simplement pas suivi l'évolution de la société. Nous estimons non seulement que cette loi relève de la compétence du gouvernement fédéral, mais également que le Comité a le pouvoir de recommander une mise à jour approfondie de la loi. À notre avis, ce serait une des initiatives les plus fondamentales, les plus importantes que le gouvernement fédéral pourrait entreprendre pour faire face aux problèmes de santé et de la prévention de maladies, surtout chez les Canadiens à faible revenu.

Je vais maintenant mettre fin à mes commentaires, et M^{me} Hughes-Geoffrion et moi-même serons heureux de répondre à toute question que vous voudrez nous poser.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Thank you very much, Mr. Johnston.

For the information of members who joined us somewhat late this morning, we agreed that members would have seven minutes on the first round, and five minutes on the second round, as usual.

As I was saying, Mr. Allmand, members will have only seven minutes on the first round this morning.

Do we still agree, Mr. Halliday?

M. Halliday: Madame le président, est-ce qu'en général c'est l'opposition qui a le premier . . . ?

Le président suppléant (Mme Killens): Yes. That is why I said . . . But we are still . . . Nous sommes tous d'accord que les députés auront sept minutes au premier tour.

M. Halliday: Très bien, oui.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, madame le président.

Nous souhaitons la bienvenue à vous-même, monsieur Johnston, et à votre collègue. Je serai un des premiers à reconnaître avec vous le lien direct qui existe entre la situation économique d'une personne et sa santé. Je tiens à m'associer à vous pour souligner la nécessité d'emploi pour les jeunes Canadiens et pour les Canadiens plus âgés, afin de leur permettre de gagner un revenu et payer les services dont ils ont besoin.

Je suis également d'accord avec vous lorsque vous dites que le projet de loi devrait englober plusieurs autres questions concernant les soins de santé, comme par exemple une étude de la Loi sur le Régime d'assurance publique du Canada.

Ayant dit cela, je reviens au commentaire que vous avez fait au début et à la fin de votre exposé, c'est-à-dire que votre organisme commence à constater le besoin d'éliminer la surfacturation et les frais modérateurs.

Nous avons déjà entendu plusieurs témoins, monsieur Johnston, et ils ont presque tous dit que le régime de santé actuel est le meilleur du monde. Beaucoup de témoins nous ont dit qu'il n'existait pas de crise à l'heure actuelle. Si j'ai bien compris vos commentaires, il s'agit plutôt d'une question de

[Text]

position today is one more of principle than of crisis. I have not had any indication that there is a real crisis before us, but the witnesses are saying that there is a possibility, that the potential is there down the road. I do not know how far down the road we are looking. The suggestion is that perhaps, if we are going to give some attention and consideration to these other aspects of health care needs, there might not be the opportunity in the near future to do so, if we pass Bill C-3 today. Do you see any merit in the delay of C-3, so that you can give consideration to these other needs, which you have so eloquently expounded?

• 1030

Mr. P. Johnston: Mr. Reid, I think, generally speaking, we would like to see a fairly swift passage of this Bill, notwithstanding the fact that there are a number of other issues. How do you define a crisis? I guess, to some extent, we see this as a kind of process of preventive medicine. If I can draw the analogy of a dam, if you see a crack appear in a dam you are not yet in a crisis position, in that the dam may hold up for some time yet. But if you do not do something to repair that crack, if it gets bigger and bigger, eventually the dam will likely burst and it will be much more difficult to put the dam back together again, and much more costly.

I think there are many of us who would like to see the end to extra charges who view it in that light, that that is the beginning. There is a crack in the dam and at this point what is necessary is a repair job, so that we will not be in that kind of crisis situation one year or five years down the road, whenever.

I think, because it seems to us that this Bill is primarily focusing on a shoring up of the principles of medicare and, in particular, attempting to do something with respect to extra charges, there is a need to move ahead with that now and move on to some of the other issues. Frankly, I think if we waited and tried to address all the other issues before we passed the Bill, we could be here 15 or 20 years from now and we would not be any closer.

Mr. Reid (St. Catharines): It takes that long to initiate them.

Madam Chairman, Mr. Johnston, you indicated that you represent a fairly wide range of membership, including pensioners, including unemployed persons. How many of these? Can you give some indication as to the numbers or percentages—perhaps percentages would be advantageous—to show that these are paying premiums, are paying user fees, or are particularly disadvantaged by the provincial ways and means of raising costs for the medicare already meted out?

Mr. P. Johnston: There is always a real problem in trying to provide the kinds of statistics you are looking for, for a variety of reasons. To some extent you do not know, it is very difficult to identify those people who have not paid their premiums. It is much easier to identify people who have paid them. We do not know who has not paid them, because there has been very little study done on that. The most recent evidence, I suppose, was in Alberta, where they found there were something like

[Translation]

principe que d'une crise. Certains témoins nous disent qu'il existe la possibilité d'une crise à l'avenir. Je ne sais pas si on pense au court terme, au moyen terme ou au long terme. Or, nous dit que si on adopte le bill C-3 maintenant, nous n'aurons peut-être pas la possibilité à brève échéance d'étudier certains autres aspects de la santé. Serait-il souhaitable, à votre avis, de retarder l'adoption du bill C-3 afin d'étudier les autres besoins dont vous avez parlé si éloquemment?

M. P. Johnston: Même s'il existe d'autres questions, monsieur Reid, en général, nous préconisons une adoption plutôt rapide du projet de loi. Comment définit-on une crise? Dans une certaine mesure, nous considérons cela comme de la médecine préventive. Si par exemple on voit une fente dans un barrage, on n'est pas encore en situation de crise, et il se peut que le barrage tienne pendant encore un moment. Mais si on ne répare pas la fente, si elle devient de plus en plus grande, le barrage va probablement finir par éclater et il sera beaucoup plus difficile et plus coûteux de reconstruire le barrage.

Beaucoup d'entre nous aimeraient qu'on mette fin à la surfacturation car, à notre avis, il s'agit d'une fente, du début d'un problème. En ce moment, il faut réparer la fente, pour éviter une crise d'ici un an ou cinq ans.

A notre avis, le projet de loi vise surtout à étayer les principes de l'assurance médicale, et en particulier à prendre des mesures en ce qui concerne la surfacturation. Nous sommes d'avis qu'il faut adopter le projet de loi maintenant et passer ensuite à d'autres questions. Je vous dis en toute franchise que j'estime que si nous attendions pour essayer de régler toutes les autres questions avant d'adopter le projet de loi, nous pourrions très bien consacrer 15 ou 20 ans à ces efforts sans parvenir à une solution.

M. Reid (St. Catharines): Il faut compter de 15 à 20 ans pour que les mesures soient mises de l'avant.

Madame le président, monsieur Johnston, vous avez dit que vous avez une gamme très large de membres, comprenant des retraités et des chômeurs. Pourriez-vous nous dire quel pourcentage de ces personnes paient des primes, paient des frais modérateurs ou sont désavantagés à cause de l'augmentation des coûts par les provinces dans le domaine des soins médicaux?

M. P. Johnston: Il est toujours difficile de fournir le genre de statistiques que vous avez demandées, et ce pour plusieurs raisons. Il est très difficile, par exemple, d'identifier les personnes qui n'ont pas payé leurs primes. Il est beaucoup plus facile d'identifier ceux qui les ont payés. Nous ne savons pas qui n'a pas payé les primes, car il y a eu très peu d'études sur ce sujet. D'après une étude effectuée dernièrement en Alberta, on a constaté qu'il y avait environ 200,000 ou 300,000

[Texte]

200,000 or 300,000 people who were delinquent in their payment of premiums, which would indicate that there was some problem. But that still does not give us an indication of exactly how many people should be, but are not, paying premiums and are not covered.

To some extent you also encounter the same problem in trying to identify people who do not go to a physician because of a direct charge, or who delay going to a physician because of a direct charge. Those people are very, very difficult to identify.

There was a study, I am not sure whether the members of the committee have seen it or not, done by a health economist at the University of Alberta, I believe, several years ago, which took a look at who, in Alberta, was being extra-billed.

• 1035

Until that point I think the medical associations were saying that the individual physician was able to determine if the patient that he or she was seeing was low income, a pensioner or senior citizen, or on welfare and could not pay the extra charge. In fact, when they looked at who was being extra-billed, a very large number of people on welfare and senior citizens were in fact being extra-charged. I do not know what the exact figures are, but that is perhaps the only sort of hard, solid piece of statistical evidence that I am aware of.

The Acting Chairman (Mr. Lachance): Your last question, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, I will just reverse the coin.

May I ask you, then: With the passage of this Bill, will the lot of your people be generally improved?

Ms Debbie Hughes-Geoffrion (Community Liaison, National Anti-Poverty Organization): Mr. Reid, being a person who just came off eight years of welfare, if I had the added worry—I came from Quebec, so I did not have that added worry, but if I had the added worry of having to shop around for a doctor who did not extra-charge, or having to worry about whether I was going to get user's fees at a hospital, I think I would put off paying or going to a doctor until the last possible moment. Most of the money that you would get would be for raising your children and feeding them, which is basically what I would do with the money. So I think it would.

The Acting Chairman (Mr. Lachance): Thank you very much.

Madam Mitchell, five minutes.

Mrs. Mitchell: Thank you. I am really pleased to see NAPO presenting. I want to commend them also, because I know how difficult it is with so many responsibilities across the country and so little funds and staff and so on.

I wonder if we could get down a little bit more in everyday terms to the health problems of poor families in particular. I want to commend you particularly for the report that came out

[Traduction]

personnes qui étaient en retard dans le paiement des primes, ce qui indique qu'il existe un certain problème. Mais nous ne savons toujours pas exactement combien de personnes devraient payer des primes mais ne les paient et, par conséquent, ne sont pas assurées.

Il est également difficile d'identifier les personnes qui ne consultent pas un médecin ou qui retardent de le consulter à cause des frais modérateurs. Il est extrêmement difficile d'identifier ces personnes.

Un économiste de la santé à l'Université de l'Alberta a effectué une étude il y a quelques années qui examinait les personnes qui faisaient l'objet d'une surfacturation. Je ne sais pas si les membres du Comité ont déjà vu cette étude.

Jusqu'à ce moment-là, je pense que les associations médicales disaient que les médecins étaient en mesure de déterminer si le patient ne pouvait pas payer les frais supplémentaires parce qu'il avait un revenu faible, était âgé, à la retraite ou était assisté social. On a découvert que beaucoup d'assistés sociaux et de personnes âgées faisaient l'objet d'une surfacturation. Je ne connais pas les chiffres exacts, mais c'est la seule preuve statistique que je connais.

Le président suppléant (M. Lachance): Ce sera votre dernière question, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Je vais renverser la médaille, monsieur le président.

Permettez-moi de vous poser la question suivante: est-ce que le sort des personnes que vous représentez sera amélioré grâce à l'adoption de ce projet de loi?

Mme Debbie Hughes-Geoffrion (agent de liaison communautaire, Organisation nationale d'antipauvreté): Monsieur Reid, comme je viens de recevoir de l'aide sociale pendant huit ans, je puis vous dire que si j'avais eu l'inquiétude supplémentaire—et je ne l'ai pas eue, puisque je suis du Québec—de devoir trouver un médecin qui n'imposait pas la surfacturation, ou si j'avais eu à m'inquiéter de savoir si oui ou non un hôpital allait imposer des frais modérateurs, j'aurais retardé les paiements ou la consultation d'un médecin jusqu'à la toute dernière minute. La plus grande partie de l'argent qu'on touche en tant qu'assisté social est utilisé pour nourrir les enfants. Je pense donc que la réponse est oui.

Le président suppléant (M. Lachance): Merci beaucoup.

Madame Mitchell, cinq minutes.

Mme Mitchell: Merci. Je suis très contente de voir l'Organisation nationale d'antipauvreté devant nous. Je tiens à féliciter ses représentants, car je sais qu'ils ont beaucoup de responsabilités partout au pays et très peu de personnel et de financement.

J'aimerais parler des problèmes quotidiens de santé, surtout chez les familles à faible revenu. Je tiens surtout à vous féliciter du rapport qui a été publié dernièrement dans lequel

[Text]

recently advocating reform of the family benefit system, which could be used to increase the family allowance for low-income families.

I go back in my memory of my experience of working in public housing projects and with low-income people. Of course it is quite different suffering the situation first-hand than it is working in a situation. But it seemed to me that the main health problem of most of the families on welfare that I knew—and I am sure it is still the same—is the fact that you just do not have enough money for nutritious food, that the diets tend to be largely dominated by potatoes and bread and macaroni. As it gets toward the end of the month, certainly there is not—even if there is at the first of the month—very much money, or there is no money actually, for fresh fruit and vegetables, for example.

I remember that in a day-care centre for low-income kids, the kids come bringing their breakfast, which was a bag of potato chips; often even that was not available. Most families do not have access to dental care for their kids unless they are lucky enough to have something through the school. The mothers, particularly, have such extreme hopelessness and depression that their symptoms often are obesity and drug and alcohol abuse. Even if in better times they were able to think of the nutrition and have enough money to pay for the nutrition of their kids, I think often the health standards, just because of that depression, go down in the family.

So I am just wondering . . . I was surprised that you did not say that what is really needed to improve the health of low-income families is more money, and the first thing that could be done is to implement the reforms you advocated, which is to reform the tax system and get the family allowance up. That could be done quite readily. As you pointed out—we do not want to go back into the report in detail—you could use the available family benefits, reform those so that it would go to increase family allowance for low-income families.

I would like to know whether you would like to comment on health problems of families, and also what you feel the family allowance should be raised to in order to give a decent security for children for marginal families. For instance, it seems to me a lot of mothers who go on welfare now might be able to work on part-time or low-income jobs; it would be a lot of help, if you have three or four kids, if that family allowance were up. That, in turn, would help to pay for the cost of some of these things.

[Translation]

vous préconisez une réforme du régime de prestations aux familles, qui augmenterait les allocations familiales pour les familles à faible revenu.

Je me souviens de mes expériences lorsque j'ai travaillé dans le domaine des logements sociaux et auprès des personnes à faible revenu. Il va sans dire qu'il est très différent de vivre une situation soi-même que de travailler dans une situation donnée. Le problème principal de santé auquel faisaient face les familles qui recevaient de l'aide sociale que je connaissais, et je suis certaine que c'est toujours le cas, c'est le fait qu'elles n'ont tout simplement pas assez d'argent pour acheter des aliments nourrissants. Ces familles ont tendance à manger beaucoup de pommes de terre, de pain et de macaroni. Vers la fin du mois, il reste très peu d'argent, même s'il y en avait au début du mois. Et ces familles-là n'ont jamais d'argent pour acheter des fruits et légumes frais, par exemple.

Je me souviens que, dans une garderie pour les enfants à faible revenu, ils sont arrivés avec leur petit déjeuner, c'est-à-dire un sac de chips. Souvent les enfants n'avaient rien du tout à manger. La plupart des familles n'avaient pas accès aux soins dentaires pour les enfants, à moins qu'elles avaient la chance d'avoir un régime grâce à l'école. Les mères sont tellement désespérées et déprimées, qu'elles sont souvent obèses et ont des problèmes de drogue et d'alcool. Même si ces mères avaient pensé à bien nourrir leurs enfants lorsque la famille était plus riche, je pense que souvent la santé d'une famille baisse à cause de la dépression de la mère.

J'ai été étonnée de constater que vous n'avez pas parlé des réformes du régime fiscal et des allocations familiales que vous avez préconisées. Il s'agit de mesures qu'on pourrait prendre assez facilement. Comme vous l'avez signalé—et nous ne voulons pas reprendre en détail le rapport—on pourrait modifier les prestations aux familles qui sont disponibles maintenant pour augmenter les allocations familiales à l'intention des familles à faible revenu.

J'aimerais que vous fassiez des commentaires concernant les problèmes de santé des familles. J'aimerais également savoir de combien l'allocation familiale devrait être augmentée, à votre avis, pour donner une sécurité convenable aux enfants des familles marginales. Il me semble, par exemple, que beaucoup de mères qui reçoivent de l'aide sociale pourraient travailler à temps partiel ou dans des emplois qui ne paient pas bien. Une augmentation de l'allocation familiale serait utile aux familles qui ont trois ou quatre enfants. De cette façon, la famille pourrait se permettre certaines de ces choses dont elle a besoin.

• 1040

Mr. P. Johnston: Well, Mrs. Mitchell, we certainly would like to see, and as you have just recently pointed out, how we believe the system can be retooled to provide more assistance to low-income families in particular. We chose, I think, to talk in particular about the Canada Assistance Plan Act, because even with the change in federal benefits there are a large number of Canadians who require or depend on social assistance payments as the bulk of their income. And there

M. P. Johnston: Eh bien, comme vous l'indiquez, madame Mitchell, nous aimerions bien savoir comment on pourra restructurer le système afin d'accorder plus d'aide surtout aux familles à faible revenu. Nous avons pensé parler plus particulièrement de la Loi sur le Régime d'assistance publique du Canada, car même si on tient compte des changements dans les prestations fédérales, il y a encore un grand nombre de Canadiens dont les paiements d'assistance sociale constituent

[Texte]

also has to be that kind of revision to the legislation—the policies that govern the amounts, the kinds of social assistance and services provided—and that, I think, is a much more complex and difficult task and process.

I suppose we highlighted that particular issue today because that has everything to do with income security or a great deal to do with income security, and health as well. So it is not an either/or. I think benefits at the federal level need to be revised and increased, and the benefits provided through provincial governments with cost-sharing from the federal government also need to be revised.

I think perhaps what I would like to do is just ask Ms Hughes if she would talk a bit about some of the difficulties experienced by poor families in particular.

Ms Hughes-Geoffrion: Poor families, you are right, do not have enough money to go around, and by the end of the month they have little or no money to go around and have to depend on the good graces of the local church or whatever to get enough money to feed their children. In most cases we eat a lot of pastas, a lot of potatoes.

In my case, when I was on welfare, one thing that happened that was really upsetting to me was my son had asthma and I had to go to this doctor who suggested that I get a humidifier. Now for me to get a humidifier, I would have had to deprive my entire family of eating for the whole month. Ergo, my son had to just stick with his asthma; there was nothing I could do about it.

I found that most of the mothers I was living with in Quebec at that time were going through basically the same kind of stuff. You get to the point where you are frustrated—you want the best for your children, but you cannot afford the best for your children. I know if I had to go to a doctor who told me he was going to extra-bill and I had not found out before, I think my tendency would be, if my children were around, just to pay the bill and leave because I would not want my children to think they were less privileged than anybody else that is around. And why should I have to tell my children that, or why should any mother have to tell their children that? We live in housing that nobody cares about any more, that is drafty, that has gas leaks. Nobody really cares about that segment of the population any more.

I think it is unfair to the mothers on welfare. I think it is unfair to the children, because soon they are going to become the mothers and fathers who grew up with this kind of negative atmosphere, and I do not think we need that.

The Acting Chairman (Mr. Lachance): I am sorry, Mrs. Mitchell, your time is up. I will go now to Mrs. Killens. Yes, it is seven minutes and you have used eight already. Mrs. Killens.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

En fin de semaine, j'ai été en mesure de constater que ce que vous avez dit au sujet des personnes à faible revenu qui se présentent aux cliniques publiques pour faire vacciner leurs

[Traduction]

la majorité du revenu. Il faudrait donc qu'il y ait une révision aussi dans ce sens à la loi—révision des politiques régissant les montants accordés, le genre de services et d'aide sociale qui sera donnée... Et bien sûr, c'est un processus très compliqué et très difficile à réaliser.

Nous avons souligné cet aspect particulièrement, car c'est fondamental à tout le principe de la sécurité du revenu, ou au moins, à grande partie, et aussi bien à la santé. Ce n'est pas une question de choix. Il faut, au niveau fédéral, réviser et augmenter les prestations, et les prestations offertes par les gouvernements provinciaux, et partagés avec le gouvernement fédéral, doivent aussi être révisés.

Je pense que je demanderai à M^{lle} Hughes maintenant de vous parler un peu des difficultés dont souffrent les familles pauvres surtout.

Mme Hughes-Geoffrion: Vous avez tout à fait raison, les familles pauvres n'ont pas suffisamment d'argent pour répondre à leurs besoins, et souvent à la fin du mois, il ne leur reste presque rien, et elles doivent compter sur la charité d'une église locale, ou autre organisme, afin de trouver suffisamment d'argent pour nourrir leurs enfants. Dans un tel cas, on mange surtout des pâtes alimentaires et des pommes de terre.

Au moment où moi j'étais moi-même sur l'assistance sociale, je me suis beaucoup inquiétée, car mon fils souffrait d'asthme, et j'ai dû me rendre chez un médecin qui m'a proposé d'acheter un humidificateur. Mais un tel humidificateur m'aurait coûté le budget total pour nourrir ma famille pendant tout un mois. Donc, mon fils a continué de souffrir de l'asthme; il n'y avait rien à faire.

Toutes les mères de familles avec qui j'ai vécu au Québec à ce moment-là, avaient les mêmes genres de problèmes. Après un certain temps, on devient très frustrée, on veut donner le meilleur à ses enfants, mais on ne peut se le permettre. Si j'avais consulté un médecin qui m'avait surfacturé, sans que je le sache au préalable, j'aurais probablement, puisque mes enfants étaient avec moi, payé la facture, plutôt que de laisser mes enfants penser qu'ils étaient moins privilégiés que les autres. Pourquoi donc serais-je soumise à cela, pourquoi toute mère devrait avoir à avouer cela à ses enfants? Nous vivons déjà dans des logements dont personne ne veut, qui sont froids, où il y a des fuites de gaz. Tout le monde se fiche de cette partie de la population.

C'est injuste envers les mères qui reçoivent l'assistance sociale. C'est injuste envers les enfants, car ils deviendront eux-mêmes des pères et mères de familles qui auront grandi dans une atmosphère négative, et il faut éviter cela.

Le président suppléant (M. Lachance): Je regrette, madame Mitchell, mais votre temps de parole est écoulé. Je cède maintenant la parole à M^{me} Killens. Oui madame, vous aviez sept minutes, et vous en avez déjà pris huit. Madame Killens.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

Last week-end, I was able to observe, as you have said, that indeed, low-income families had to depend on public clinics in order to have their children vaccinated. I might tell you that

[Text]

bébés est tout à fait exact. Je dois vous dire que, lorsque mes enfants étaient jeunes — j'en avais cinq — j'allais à ce qu'on appelait à l'époque «la goutte de lait». Je trouvais que j'y étais aussi bien servie qu'ailleurs. C'est par mesure d'économie que je le faisais, parce que j'avais des priorités autres; je ne voulais pas dépenser tout mon argent chez des médecins. A ce moment-là, j'étais satisfaite des services que je recevais à la clinique.

• 1045

Je crois que les cliniques offrent encore de bons services. Mais vous avez dit que

the higher income people use the medicare system and the low-income people go to the clinic. I ask you: Is it bad? Because my own personal experience was that the clinic gave us a good service.

Mme Hughes-Geoffrion: Madame Killens, je crois que vous avez raison. Les cliniques offrent toujours un bon service, mais la plupart d'entre elles ne se trouvent pas là où habitent les plus pauvres, ce qui nous oblige à nous déplacer, à acheter des billets d'autobus, donc, à avoir de l'argent pour nous y rendre et ainsi de suite. Par conséquent, de moins en moins de pauvres pourront se rendre dans les cliniques, faute d'argent pour le faire.

Autrefois, les cliniques existaient plutôt pour les plus pauvres, mais les temps ont changé. Maintenant, les cliniques se trouvent près des hôpitaux. Je parle, bien entendu, de Québec parce que je ne connais pas encore Ottawa. Les cliniques y sont plutôt collées aux hôpitaux qui se trouvent loin des endroits où habitent les personnes à faible revenu.

Mme Killens: L'Association des infirmières du Canada a proposé, dans un domaine qui relève, évidemment, de la compétence provinciale, des sortes de centres de services dans les centres commerciaux, par exemple. De cette manière, si on pouvait vous offrir des services plus près de votre domicile, dans des centres communautaires ou ailleurs, même dans des magasins ou des centres commerciaux, seriez-vous satisfaites?

Bien entendu, nous déciderions de consacrer l'argent à d'autres priorités que celles que nous nous sommes fixées pour l'instant. Êtes-vous du même avis que moi qu'ainsi, les services seraient aussi compétents? Seriez-vous d'accord avec l'Association des infirmières du Canada?

Mme Hughes-Geoffrion: Oui.

Le président suppléant (M. Lachance): Monsieur Johnston.

Mr. P. Johnston: Madam Killens, I think there is a lot of merit in looking at . . . Again, this is what I guess prompted our comments about the fact that the Canada Health Act does not appear to look at some of those other alternatives. It seems to me there is a lot of merit in looking at alternative methods and systems to provide health services.

I happen to go to a community health clinic that is in Ottawa. It happens to be convenient to where I live. But I have a sense that most other Canadians, if that kind of option were available, would also be quite comfortable there. I spend most

[Translation]

when my children were young, and I had five, I used to attend what we called at the time "la goutte de lait". These were clinics for children. I found that I was just as well served there as anywhere else. Mind you, I went there in order to save money, because I had other priorities; I did not want to spend all my money on visiting doctors. At that time, I was quite satisfied with the services I received in the clinic.

I believe that these clinics still offer good service. However in your brief you say . . .

Les personnes à revenu élevé utilisent le système d'assurance-santé, tandis que les personnes à faible revenu utilisent les cliniques. Je voudrais savoir: est-ce si mauvais d'agir ainsi? Selon ma propre expérience, ces cliniques vous donnent un bon service.

Ms Hughes-Geoffrion: Mrs. Killens, I believe you are right. Clinics always offer a good service, except that most of these clinics are not found in the poorer districts, which obliges poor people to buy bus tickets, which means that you must have some money available. So, fewer and fewer poor people are using these clinics, because they do not have the money to get there.

In times past, these clinics were specifically for the use of poor people, but times have changed. Now these clinics are mostly found close to hospitals. Of course I am speaking only of Quebec, since I do not yet know Ottawa. The clinics are usually adjacent to hospitals, which are some distance from where low-income families live.

Mrs. Killens: The Canadian Nurses Association has proposed some sort of medical service centres in shopping centres, although of course this falls within provincial jurisdiction. Would you be satisfied, if we could indeed offer services in clinics closer to your homes, in community centres or in other areas, such as storefronts, or shopping centres?

Of course, we would have to use the funds for other priorities than the existing ones. Would you agree with me that the services would be just as adequate? Do you agree with the nursing association's proposal?

Ms Hughes-Geoffrion: Yes.

The Acting Chairmah (Mr. Lachance): Mr. Johnston.

M. P. Johnston: Madame Killens, cela a beaucoup de mérite . . . En fait, si nous avons fait des remarques à ce sujet, c'est bien parce que la Loi canadienne sur la santé ne semble pas prévoir ces autres possibilités. Il me semble qu'il serait bon d'étudier d'autres moyens ou systèmes pour fournir les services de santé.

Je visite moi-même une clinique de santé communautaire d'Ottawa. Elle se trouve dans mon voisinage. Et je pense bien que la plupart des Canadiens, s'ils pouvaient jouir du même avantage, seraient bien aise de les utiliser. La plupart du

[Texte]

of my time talking to a nurse practitioner; it is only with respect to a specific question that she might have that I then would have to see a physician. It seems to me that is a relatively efficient way of organizing the time of physicians and other health care professionals.

So we certainly support the recommendation of the Canadian Nurses Association, to the extent that is possible within federal jurisdiction. We try to encourage those other kinds of alternatives. Certainly, why not in shopping centres? That is where a lot of people go. I think it merits a lot of consideration.

Mme Killens: Puis-je avoir droit à une brève question, monsieur le président?

My second question is that I would like more of your thinking on prevention. When you said there was a link between health and income, right away it came to my mind, would education programs on TV...? How do we educate people?

Ms Hughes-Geoffrion: You can educate them by TV and radio and that, but if they do not have the money to buy the food the education is not going to help. I have three children; I had \$608 a month to raise my family on. Three-quarters of that went for electricity, rent, gas. It did not leave me very much to feed my family on. I became a very apt shopper, but not many of us have brothers and sisters. If you are isolated it is worse, because if you do not have any brothers or sisters to help you go to a local market and carry all this stuff home, you wind up buying at Steinbergs or Dominion or whatever is convenient. So the education process is very nice to talk about, but if you do not have the money to buy the stuff, it is useless.

• 1050

Mrs. Killens: Anyway, I sympathize with you very, very much.

The Acting Chairman (Mr. Lachance): Thank you, Madame Killens.

I will entertain Dr. Halliday for five minutes, Mr. Marceau five minutes and then we will go to the College of Family Physicians.

Dr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Just one comment and one question, but first let me say that I want to thank Mr. Johnston and his colleagues for their presentation. They have certainly identified some of the weaknesses in this bill, namely that it does not go far enough in dealing with the health system; and secondly, you have gone further and indicated some of the increasing problems we are having in Canada regarding the proper availability of various services and goods to poor people.

Let me make the first comment that I have, which relates to an interesting statement Mr. Johnston made deploring the politicization of the health care system. Of course, Mr. Chairman, he is quite right and I well recall fifteen or sixteen years ago that my own colleagues in the medical profession

[Traduction]

temps, je m'adresse pour mes petits problèmes à une infirmière; et c'est seulement lorsqu'il y a une difficulté bien spéciale, que je vois un médecin. Il me semble que c'est une façon assez efficace d'organiser le temps des médecins, et des autres professionnels dans le domaine des soins de santé.

Nous appuyons donc la recommandation de l'Association des infirmières du Canada, dans la mesure bien sûr où c'est de compétence fédérale. Nous tâchons d'encourager ce genre d'alternative. Pourquoi ne pas installer des cliniques dans les centres commerciaux? C'est là que vont bon nombre de gens. Cette proposition mérite certainement d'être étudiée.

Mrs. Killens: May I put one more brief question, Mr. Chairman?

Je voudrais que vous expliquiez plus en détails ce que vous pensez de la prévention en matière de santé. Quand vous avez fait le lien entre la santé et le revenu, l'idée m'est venue à l'esprit que les programmes d'éducation sur la télévision... comment éduquer les gens?

Mme Hughes-Geoffrion: Certainement on peut utiliser la télévision et la radio, et que donnera l'éducation, si les pauvres n'ont pas d'argent pour acheter des aliments. J'ai trois enfants; à un certain moment, je recevais 608\$ pour subvenir à leurs besoins. J'en dépensais les trois-quarts pour payer l'électricité, le loyer, l'essence. Il ne m'en restait que très peu pour nourrir ma famille. Je suis devenu un consommateur très averti, mais il n'y en a pas beaucoup comme moi qui ont l'aide de frères et soeurs. Pour qui vit seul, c'est pire, car sans frère ni soeur pour vous aider à transporter les provisions achetées au marché local, la solution de facilité, Steinberg ou Dominion, s'impose. C'est donc très gentil de parler d'oeuvre éducative mais tout à fait inutile si l'argent fait défaut.

Mme Killens: Vous avez, en tous cas, toute ma sympathie.

Le président suppléant (M. Lachance): Merci, madame Killens.

Je donne la parole à M. Halliday pour cinq minutes et ensuite M. Marceau aura cinq minutes aussi. Ensuite nous entendrons les représentants du Collège des médecins de famille.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je voudrais faire une remarque et poser une question mais auparavant je tiens à remercier M. Johnston et ses collègues de l'exposé qu'ils ont présenté. Ils ont très bien mis le doigt sur certaines faiblesses du projet de loi, notamment que sa portée est trop restreinte pour ce qui est du régime de santé. D'autre part, vous ajoutez qu'au Canada, nous faisons face à de plus en plus de problèmes concernant la juste disponibilité de divers biens et services à l'intention des déshérités.

Tout d'abord, ma remarque. Elle découle d'un commentaire intéressant de M. Johnston qui déplore la politisation du régime de soins de santé. Il a bien entendu tout à fait raison et je me souviens bien qu'il y a 15 ou 16 ans, mes propres collègues du monde médical le disaient bien en mettant les

[Text]

were saying exactly that then, were warning Canadians of exactly what was going to happen. Now you come here today, 15 years later, and confirm that it has happened. It is interesting, and I hope that maybe there is a lesson there, because my colleagues are again coming before this committee in significant numbers warning us about certain other things that are going to happen in the system. Perhaps we should listen to them a little bit more carefully than we did 15 years ago, because you are right, it has happened. Unfortunately, Mr. Chairman, Mr. Johnston was not able to tell us how we are going to get away from this politicization; he identifies the problem, but he has not told us or suggested how we should get around it.

However, my question relates to something a bit more specific. Mr. Johnston, you have identified for us some health care problems and the difficulty that you have perhaps noted in some people getting service. I know it is hard to quantify, but you have looked around other countries in the world. We have our share of people here who qualify as being under the poverty line, but I am sure other countries have the same difficulty as we have, if not greater in many cases, and I am wondering if there are any health systems in the world, that you are aware of, where they are better able to deal with the health problems of the poor than we are in Canada. Is there something that you can see in another system that we should be looking at seriously and learning from as a way to improve the lot of the poverty person here vis-à-vis health care?

Mr. Johnston: Dr. Halliday, I am not that conversant with health care systems in other countries, but I certainly do not know of any others that I would point to as being better able to do that than ours. I think that we should recognize that we have developed a very, very high quality health care system that is accessible to the vast majority of Canadians, by and large. We are starting to see, and what we are responding to now are what we see as, those cracks in the dam, some of the potential barriers to that. But I frankly cannot suggest or point to any other countries that do a better job than we, and it is simply a matter of recognizing that and why it has been true, why we have been able to develop a very high quality health care system that is relatively cost efficient and is very accessible and make sure that we maintain that.

The other, quick comment that I would have is in response to your first point about politicization of the issue. I suppose to some extent, it is inevitable because it is public dollars that we are spending. Perhaps one way of trying to get it out of the political area exclusively, is to take another look at the idea of a health care council of some sort, as Justice Emmett Hall first recommended in the royal commission, and which has been talked about before. That may provide federal and provincial legislators with another forum that would combine the providers and consumers of health care as well as those responsible for the funding; it would perhaps allow another forum to provide input to you, advice to you, on health care policy, standards, and regulations. I have not, in my own mind, fleshed out exactly what it would look like. I think that perhaps, given our experience with the debate on this act, that it is time to take a look at, and maybe even go back to, the

[Translation]

Canadiens en garde. Aujourd'hui, 15 ans plus tard, vous venez confirmer ce que l'on annonçait alors. Peut-être pourrait-on tirer une leçon de cela. En effet, mes collègues, et ils sont nombreux, mettent les membres du Comité en garde contre d'autres maux. Peut-être serait-il bon de les écouter avec un peu plus d'attention qu'il y a 15 ans parce que ce que vous avez dit alors s'est avéré. Malheureusement, monsieur le président, M. Johnston n'a pas pu nous dire comment on pouvait éviter la politisation. Il a énoncé le problème mais ne nous a pas dit comment on pourrait le régler.

Quant à ma question, elle porte sur un détail plus précis. Monsieur Johnston, vous avez signalé certains problèmes de soins de santé et vous avez observé que certaines personnes avaient du mal à obtenir des services. Je sais qu'il est difficile de quantifier dans un tel cas mais je sais que vous êtes allé voir ce qui se passait dans d'autres pays. Chez-nous, nous avons aussi des gens qui vivent en deça du seuil de la pauvreté comme, j'en suis convaincu, il y en a dans d'autres pays, et il y en a peut-être plus là-bas, mais je me demande si vous connaissez d'autres pays où les régimes de santé répondent mieux aux problèmes de santé des pauvres que chez-nous au Canada. Est-ce qu'il y a des éléments d'autres systèmes qu'il voudrait la peine que nous envisagions dans le but d'améliorer le sort des moins nantis quand il s'agit des soins de santé?

M. Johnston: Monsieur Halliday, je ne suis pas un spécialiste des régimes de prestations de soins de santé dans d'autres pays mais je ne pourrais certainement pas vous en citer un seul qui soit supérieur au nôtre. Je pense qu'il faut reconnaître que nous avons un régime de soins de santé d'une grande qualité, accessible à la vaste majorité des Canadiens. Ce qui commence à se révéler, ce que nous essayons de régler actuellement, ce sont les failles qu'il comporterait, les lacunes éventuelles. Pour ma part, je ne pourrais certainement pas vous citer en exemple d'autres pays où l'on fait mieux que chez-nous. Il s'agit tout simplement de reconnaître ce fait et de déterminer pourquoi nous avons réussi à mettre au point un système de prestations de soins de santé d'une qualité supérieure, relativement efficace du point de vue des coûts et fort accessible et nous devons veiller à le maintenir tel.

En réponse à votre question concernant la politisation, je vous dirais que jusqu'à un certain point elle est inévitable car il s'agit de deniers publics. Pour qu'elle soit dénuée de toute considération politique, on pourrait peut-être songer à l'idée d'un conseil des soins de santé, comme le juge Emmett Hall de la Commission royale d'enquête le recommande, idée qui n'est pas neuve. Cela fournirait aux autorités fédérales et provinciales un autre terrain où pourraient se rencontrer ceux qui dispensent les services, les usagers et les responsables du financement. De la même façon, vous même vous pourriez obtenir des renseignements et des conseils sur la politique de soins de santé, les normes et la réglementation. Pour ma part, je ne vois pas encore très bien comment ce conseil pourrait être concrétisé mais étant donné ce que nous constatons lors du débat de cette loi, il est peut-être temps d'envisager, peut-être même de retenir, les recommandations du premier rapport

[Texte]

original Hall Report in 1964 to see what was said there about a health care council and determine if maybe that it is not necessary.

Dr. Halliday: Mr. Chairman, just one last question, if I may.

• 1055

With respect to the accessibility of health care, this Bill obviously deals with one component of accessibility, namely, the inhibition of accessibility due to financial barriers. I am wondering how Mr. Johnston and his people feel about the relative importance to the poor people of this country as to which they rate as the highest priority, the complete removal of all financial barriers—and actually one has to acknowledge that for many poor people there are no financial barriers because many hospitals and many physicians do not ever charge poor people anything. I know there are exceptions. But how does that rate as a priority versus, say, the availability of health care right when you need it, rather than having to wait many months as some of our witnesses have told us earlier today? Or the availability of quality care? It is certainly possible to make health care available free, completely free, with no added costs, but knowing the pressures on the system that we have for other sources of expenditures, the quality of care is bound to drop. If we do not believe that now, I will be able to remind people in 15 years again about what we did with the politicalization of the health system. So what I am asking really is: We have several things competing for priority in the system, is the complete banning of every charge the first priority, or what about the quality of care as a priority, and what about the immediate availability of health care, when you need to have an operation, or you need to get into the hospital for by-pass surgery and you have to wait because there is a line-up there?

Mr. Johnston: Dr. Halliday, we have never really posed the question quite like that, so to some extent I am guessing here, but when the members of my board first mentioned this issue the primary concern they had was financial barriers to health care. I think if that is your primary consideration, if that is the issue, then the quality of health care and whether you have to wait for it becomes somewhat of a moot point.

I think it is also important to emphasize that certainly there are a number of physicians who if they know what the financial circumstances of the patients are will not impose an extra charge. The problem, of course, is that there are many, many low income Canadians who do not want to let their physicians know what their financial position is, do not feel they should have to and do not want to. They do not want to beg for charity. So there are many physicians out there, I think, who do not really fully understand or appreciate what the financial position of their patients is. That, of course, is when you get into the problem of extra charges. That would be my response to the question.

Mr. Halliday: Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday.

Mr. Marceau.

[Traduction]

Hall de 1964 car ce qui se trouve concernant un conseil de soins de santé ne permettra de déterminer si oui ou non un tel conseil s'impose.

M. Halliday: Monsieur le président, avec votre permission j'aimerais poser une autre question.

En ce qui concerne l'accessibilité des soins sanitaires, ce projet de loi traite un aspect de l'accessibilité, à savoir les obstacles financiers. Que pensent M. Johnston et ses fonctionnaires, des priorités chez les pauvres dans notre pays, l'élimination totale des obstacles financiers—et l'on doit avouer qu'il existe des obstacles financiers pour les pauvres car les hôpitaux et les médecins ne demandent jamais rien des pauvres. Je sais qu'il y a des exceptions. Mais où pensent-ils que ces gens donnent la priorité, à la disponibilité des soins sanitaires, au moment même où l'on a besoin, plutôt que d'attendre plusieurs mois, comme c'était le cas de témoins qui sont venus ce matin? Ou sur la qualité des soins? Il est possible de rendre des services sanitaires gratuitement, sans frais supplémentaires, mais on sait quelles pressions exercent sur le système d'autres sources de dépenses, au détriment donc de la qualité des soins. Si vous n'êtes pas d'accord en ce moment, je vous rappellerai dans 15 ans cette politisation du système des soins sanitaires. Ce que je demande est: quelle est la priorité: est-ce l'élimination de tous les frais, la qualité des soins, ou la disponibilité des soins sanitaires, par exemple quant il nous faut de la chirurgie, disons un partage de l'aorte, et qu'il nous faut attendre parce qu'il y a trop de candidats?

M. Johnston: Monsieur Halliday, nous n'avons jamais examiné la question dans cette perspective, car la première préoccupation de mon conseil c'étaient les obstacles financiers. S'ils sont prioritaires, la question de la qualité et de la disponibilité devient pure rhétorique.

Il faut aussi souligner qu'un grand nombre de médecins ne demandent pas de supplément s'ils connaissent l'état financier de leurs malades. La difficulté relève du fait que beaucoup de Canadiens ne veulent pas révéler à leur médecin leur état financier, car ils pensent que ce n'est pas nécessaire et ils ne veulent pas le faire. Ils ne veulent pas demander la charité. Ainsi beaucoup de médecins ne sont pas au courant de la situation financière de leurs malades. Et c'est à ce moment-là que le problème de la surfacturation s'impose. C'est ma réponse à votre question.

M. Halliday: Merci.

Le président: Merci, monsieur Halliday.

Mr. Marceau.

[Text]

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

Madame, vous avez d'abord vécu au Québec. Est-ce que votre organisation est très active dans la province de Québec ou si vous limitez vos activités surtout aux autres provinces?

Mme Hughes-Geoffrion: On a des membres au Québec; j'ai moi-même oeuvré au Québec pendant 12 ans. Pendant huit de ces 12 années, je vivais de prestations du bien-être social. Dans la province de Québec, on était plutôt des espèces d'intermédiaires entre une personne et une autre.

M. Marceau: J'écoutais votre collègue qui disait tout à l'heure qu'il y avait plus de pauvreté depuis quelques années. Cela va à l'encontre de nos statistiques qui indiquent que plus de gens jouissent maintenant du minimum vital. Votre collègue disait qu'il y avait plutôt une tendance vers l'augmentation de la pauvreté. Pouvez-vous me dire si cette tendance existe également au Québec?

M. Johnston: Oui, c'est la même chose au Québec.

I think it is important, when we are talking about poverty statistics, to recognize that there is always a time lag. It is true, as you have mentioned and as I said, that from the beginning of the late 1960's throughout the 1970's, in particular with respect to the elderly poor, there was a significant decrease in the rates of poverty.

• 1100

The problem is—we are just now starting to recognize this—that by 1981 we bottomed out. That was true in all provinces right across the country, and what is happening since then is that we have started to see an increase. So in other words, we are losing all of the ground that we gained throughout the 1970s in actually bringing poverty down. We are now starting to see significant increases. If we keep up at the present rate, we will essentially have lost all of the gains we made in the 1970s and be back to a sort of pre-1970 position in terms of poverty.

C'est la même chose au Québec et dans toutes les provinces du Canada.

Mr. Marceau: My last question.

Est-ce que vous avez souvent des remarques, au Québec ou ailleurs, sur la qualité des services? D'une part, on dit que le service de santé est excellent, mais, d'autre part, certains disent que la qualité du service laisse parfois à désirer. Est-ce qu'on vous fait des observations sur la qualité des services, et est-ce que ces dernières ont rapport à la rémunération des professionnels ou des médecins? Autrement dit, je voudrais savoir si la qualité du service en général est bonne. Si elle laisse parfois à désirer, pensez-vous que cela puisse être attribuable uniquement à la rémunération des médecins?

Mr. Johnston: That is a very difficult question to answer. I do not know how anyone measures quality of health care. I think that is the problem we all experience; there are not set standards which you can use as bench-marks to assess quality of care.

I do not know either that it is simply a function of the remuneration paid physicians. I do not think if we paid

[Translation]

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

Madam you have first lived in Quebec. Is your organization very active in the province of Quebec or are your activities restricted mainly to the other provinces?

Mrs. Hughes-Geoffrion: We have members in Quebec and I myself worked in Quebec for 12 years. During 8 of those 12 years I lived on welfare benefits. In the province of Quebec we were more or less a go between between one person and another.

Mr. Marceau: I heard your colleague say that there is more poverty now than there was a few years ago. Our statistics say the opposite, that more people now have the bare minimum. Your colleague was saying that poverty was on the increase. Could you tell me if this is true for Quebec?

Mr. Johnston: Yes it is the same thing in Quebec.

Quand on chiffre la pauvreté, il faut souligner le fait qu'il y a toujours un décalage. Il est vrai, comme vous l'avez mentionné et comme je l'ai dit, qu'au début des années 1960 et pendant les années 1970, on a observé une diminution spectaculaire de la pauvreté, surtout chez les vieux.

Nous sommes en train de réaliser qu'en 1981 cette tendance a changé. Cela est vrai pour toutes les provinces de ce pays, et nous voyons maintenant une augmentation. En d'autres termes, nous perdons le terrain que nous avons gagné pendant les années 1970 dans la diminution de la pauvreté. Nous voyons maintenant des augmentations significatives. Si nous continuons au taux actuel, nous aurons perdu tout le progrès réalisé pendant les années 1970, et nous nous retrouverons dans la même situation qu'avant 1970 pour ce qui est de la pauvreté.

It is the same thing in Quebec and in all the provinces in Canada.

M. Marceau: Ma dernière question.

Do you often hear comments, in Quebec or elsewhere, about the quality of services? Some people tell us that the health services are excellent, but others tell us that the quality of services sometimes leaves something to be desired. Do you hear comments on the quality of the services and do these comments have anything to do with the remuneration of doctors or other professionals? In other words, I would like to know if the quality of service is generally good. If it leaves something to be desired, do you think this can be attributed solely to the remuneration of doctors?

M. Johnston: C'est une question très difficile. Je ne sais pas comment évaluer la qualité des services. Je pense que c'est un problème général, il n'existe pas de normes pour évaluer la qualité des services.

Je ne sais pas non plus si cela peut être attribuable uniquement à la rémunération des médecins. Je ne pense pas que si

[Texte]

physicians or health-care professionals more the quality of health care would be better. Frankly, I do not think most people involved in health care as professionals do it only for the money . . . certainly in terms of the quality of the care they provide that is not the factor.

The Chairman: Thank you, Mr. Marceau.

Mr. Marceau: Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Johnston and Miss Hughes-Geoffrion for coming in and for the excellent discussion we have had today.

Mr. Johnston: Thank you very much.

The Chairman: I will ask the College of Family Physicians of Canada's representatives to come forward to the table, please.

We are very pleased to carry on this morning with the representatives from the College of Family Physicians of Canada. You got rave notices to convince us that you should be coming now before us, gentlemen, and we are very pleased to be able to see you today.

Dr. Rice, I gather you are the Executive Director, and I would be pleased if you would introduce your colleagues at the table. We are just getting a brief, which I gather you have been working on until the last few minutes or so.

Perhaps you would be good enough to summarize your brief and allow us a little bit of time for questioning after that.

Dr. Rice.

Dr. Donald I. Rice (Executive Director, College of Family Physicians of Canada): Thank you very much, Mr. Chairman.

Members of the committee, ladies and gentlemen, I would like to thank you most sincerely on behalf of the College for the privilege of appearing before the committee. As your chairman has suggested, I hope that we will not let you down.

At the outset, we would like to apologize to the francophone members of the committee for not having the submission before you in the French language, but we were invited as recently as Friday, and just have not had the time to have the submission translated.

I would like to introduce my colleague, Dr. Robert Bourret, from Verdun, Quebec, who is the current President of the College of Family Physicians of Canada; and Dr. Donald Butt, from Mississauga, Ontario, who is Chairman of the Board of Directors of the College. Both are in active family practice and both have teaching responsibilities in family medicine.

• 1105

Mr. Chairman, we have presented our submission in four parts: some brief recommendations; an introduction; some general observations, and some specific observations with respect to the proposed Canada Health Act and its implications. If I may draw your attention to the introduction, pages 1 to 5, in this section, we have attempted to provide you with some information regarding the College of Family Physicians of Canada and what it is all about. It is a standard-setting

[Traduction]

l'on payait davantage les professionnels ou les médecins, la qualité des services serait meilleure. À parler franchement, je ne pense pas que les professionnels ne travaillent que pour l'argent—l'argent n'est pas le facteur qui régit la qualité.

Le président: Merci, monsieur Marceau.

M. Marceau: Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Johnston et madame Hughes-Geoffrion d'être venus et pour la discussion excellente que nous avons eue aujourd'hui.

M. Johnston: Merci beaucoup.

Le président: Je demanderai aux représentants du Collège des médecins de famille du Canada de s'asseoir à la table, s'il vous plaît.

Nous sommes très contents de recevoir des représentants du Collège des médecins de famille du Canada. On a parlé avec enthousiasme de votre comparution, et nous sommes très contents de vous voir aujourd'hui.

Monsieur Rice, je crois savoir que vous êtes le directeur général. Voulez-vous présenter vos collègues. On est en train de distribuer un mémoire auquel vous avez travaillé jusqu'au dernier moment.

Pourriez-vous peut-être faire un résumé de votre mémoire et nous accorder un peu de temps, ensuite, pour des questions.

Monsieur Rice.

M. Donald I. Rice (premier directeur, Collège des médecins de famille du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président.

Membres du Comité, messieurs, mesdames, j'aimerais vous remercier au nom du Collège pour le privilège de comparaître devant ce Comité. Comme votre président l'a dit, j'espère que vous ne serez pas déçus.

Tout d'abord, nous aimerions présenter nos excuses aux membres francophones de ce Comité pour ne pas avoir présenté le mémoire en français, mais on nous a invités vendredi dernier, et nous n'avons pas eu le temps de le faire traduire.

J'aimerais présenter mon collègue, M. Robert Bourret, de Verdun, Québec, qui est le président du Collège des médecins de famille du Canada, et M. Donald Butt, de Mississauga, Ontario, qui est président du Conseil d'administration du Collège. Tout deux pratiquent et enseignent la médecine familiale.

Monsieur le président, notre mémoire se divise en quatre chapitres: d'abord de brèves recommandations, puis une introduction, quelques observations générales, et finalement des observations plus précises portant sur le projet de loi canadien sur la santé et ses répercussions. J'attire d'abord votre attention sur l'introduction, c'est-à-dire les pages 1 à 5, où nous avons tenté de vous faire connaître le Collège des médecins de famille du Canada. C'est un organisme qui

[Text]

accrediting body for family physicians. It is voluntary and it is educational. Our major responsibility is to ensure that adequate numbers of family physicians are properly trained to assume their responsibilities in society. The committee may be pleased to know that family doctors are alive and well in terms of numbers. I think the activities of the college, through specific training programs, have reversed the trend of a number of years ago so that a larger number of medical students are now choosing family practice as a career; indeed in excess of 50% of the graduates of our medical schools are now going into family practice.

We do make reference at the bottom of page 2 and the top of page 3 to our relationship with the Canadian Medical Association. Although the college was established by the Canadian Medical Association back in 1954, it is an independent, autonomous body, and although we enjoy affiliate status with the CMA, we are very much our own organization.

We are interested in the economics and politics in the broadest sense as they impact on the quality of patient care and on the standards of care provided by family physicians. The nitty-gritty of how doctors are paid and how much doctors are paid is left to the Canadian Medical Association and its provincial organizations.

On page 5, item 1.12, we make reference to the fact that this whole movement of specific training in family medicine leading to certification is a world-wide movement. We have had the good fortune to play a leadership role in this movement, not only in Canada but throughout the world, and have had an opportunity to examine very critically the health care system in these other countries.

Finally, in section 1.13, we make the point that as the major providers of medical services within the health insurance program, we feel we do have, as a group, a special point of view.

Starting on page 6 and through to page 14, we make some general observations with respect to the proposed Canada Health Act and to the health insurance program in general. The main thrust of our presentation is our concern that the system in general is inadequately funded, from our vantage point, to train the numbers of family physicians that are required to provide quality patient care and, more importantly, to be able to provide the total health care that we feel society is entitled to and indeed, everyone agrees, should have access to.

We have made the point on page 7, under 2.4 and 2.5 and the subsections, that to call our present health care system an insurance program is perhaps a misnomer; that it has raised expectations that are unrealistic on the part of governments, on the part of the public, and on part of the medical profession. It does not incorporate the basic principles of insurance, and at best it is an attempt to prepay for all health care regardless of risks that are involved or the costs that are involved.

We make the point that physicians in general, and family physicians in particular, have been supportive of the plan, and that contrary to the view that is sometimes expressed that

[Translation]

accrédite les médecins de famille et qui impose des normes. Il n'a aucun pouvoir exécutif et son but est plutôt éducatif. Notre responsabilité principale est de veiller à ce qu'un nombre suffisant de médecins de famille soit bien formé en vue d'assumer leurs responsabilités dans la société. Le Comité sera heureux d'apprendre que les médecins de famille sont nombreux. Le Collège, grâce à des programmes de formation spécifique, a réussi à renverser la tendance d'il y a quelques années si bien qu'un plus grand nombre d'étudiants en médecine choisissent maintenant comme spécialité de devenir médecin de famille. D'ailleurs plus de 50 p. 100 des diplômés de nos facultés de médecine se dirigent vers cette branche.

Au bas de la page 2 et au haut de la page 3, nous faisons allusion à nos liens avec l'Association médicale canadienne. Même si le Collège a été créé par cette association en 1954, il est maintenant un organisme autonome, indépendant même s'il est affilié à l'A.M.C.

Nous nous intéressons à l'économie et à la politique au sens large étant donné l'effet qu'elles peuvent avoir sur la qualité des soins aux patients et des soins prodigués par les médecins de famille. Les petits détails comme la rémunération des médecins et la façon dont on les rémunère sont laissés aux bons offices de l'Association médicale canadienne et de ces associations provinciales.

A la page 5, paragraphe 1.12, nous signalons que la tendance à exiger une formation spécifique en médecine familiale en vue d'une accréditation est internationale. Nous avons eu la bonne fortune d'être les chefs de files de cette tendance, non seulement au Canada mais partout dans le monde, et nous avons eu le loisir d'examiner d'un oeil très critique les systèmes de soins de santé des autres pays.

Finalement, dans le paragraphe 1.13, nous avançons qu'étant les principaux dispensateurs de services médicaux dans le cadre des régimes d'assurance-maladie, nous croyons avoir un point de vue spécial à exprimer.

A partir de la page 6 et jusqu'à la page 14, nous faisons des observations d'ordre général sur le projet de loi canadien sur la santé et sur les régimes d'assurance-maladie en général. L'idée fondamentale de notre exposé c'est que le système n'a pas suffisamment de fonds, d'après nous, pour pouvoir former le nombre de médecins de famille requis si l'on veut bien soigner les patients et surtout si l'on veut soigner globalement les gens comme ils y ont droit et comme ils devraient pouvoir l'être.

A la page 7, aux paragraphes 2.4 et 2.5 et alinéas, nous prétendons que le système actuel ne peut être appelé un régime d'assurance; qu'il a suscité chez les gouvernements, chez la population et chez une partie du corps médical, des attentes irréalistes. On ne retrouve pas dans ces régimes les principes de base de l'assurance. C'est au mieux la tentative de payer à l'avance pour tous les soins prodigués quels que soient les risques ou les coûts que cela implique.

Nous disons également que les médecins en général, et les médecins de famille en particulier, ont donné leur appui au régime et que, contrairement à l'opinion parfois émise, ils ont,

[Texte]

physicians are not supportive of the health insurance program, certainly family physicians have been supportive and have worked hard to make the program work.

• 1110

On page 11, paragraph 2.11, we begin to focus on our major concern. We do believe that to provide a total health care program of the highest quality it is necessary to train health professionals in a very special way, so they are health oriented as well as disease oriented. One will admit that in the past our system has been essentially disease oriented, but the whole thrust of what family medicine is all about is total patient care, and a great deal of emphasis has been directed to keeping people healthy, keeping them well, encouraging them to develop a lifestyle that is conducive to quality of life.

The presenting funding does not permit that opportunity. Approximately 50% of those young students who are now going into general practice or family medicine, are going into practice without the type of training that is generally considered as being appropriate to the responsibilities of family medicine at this particular time. The major problem we are faced with is inadequate funding for the large numbers of medical students who are choosing family practice as a professional career.

On page 12, under paragraph 2.15, we again emphasize this point, that there is more and should be more in the health insurance program than treating sick people. We have been the leaders in the medical profession in emphasizing the importance of health maintenance. We have had support from our present government through the Department of National Health and Welfare to develop what we believe is a very significant document, a health maintenance guide which we have placed in the hands of all family physicians in Canada and which is designed to assist them in monitoring the health of their patients, identifying those patients who are at risk and developing an appropriate program of maintenance which will hopefully keep them well.

On page 13, in paragraph 2.17, we acknowledge the role of other health professionals, particularly at the level of ambulatory patient care. It is sometimes said that physicians have a monopoly in the sense that the Act, as it is presently structured, makes provision only for the payment of physicians' services, and that is true. Having so stated, the College of Family Physicians of Canada has been one of the prime promoters of the role of other health professionals at the ambulatory level, and in particular, the expanded role of the nurse at that level.

We convened a national conference many years ago when we emphasized this point. This has not developed to the degree that one would want it to develop because the resources have not been available to do that, and in particular, the method has not been developed whereby these other health professionals could be paid for their services, and there are certain legal implications involved. But we do make the point that there is an important role as part of a health care team for other health professionals.

[Traduction]

non seulement accordé leur appui au programme, mais ils ont aussi travaillé activement à son succès.

A la page 11, paragraphe 2.11, nous abordons notre préoccupation principal. Nous sommes convaincus que pour assurer un programme de soins complets de la meilleure qualité, il faut former les professionnels de la santé d'une façon bien spéciale, c'est-à-dire en les sensibilisant à la santé et non pas seulement à la maladie. Il faut admettre que par le passé notre système ne s'est tourné que vers les maladies alors que la médecine familiale s'intéresse à tout le patient; on met beaucoup l'accent sur le maintien des gens en santé et sur l'importance à les inciter à adopter un mode de vie de qualité.

Les budgets actuels ne nous permettent pas d'agir suivant ces principes. Environ la moitié de ces jeunes étudiants qui choisissent la médecine générale ou la médecine familiale se lancent dans la pratique même si ils n'ont pas reçu la formation généralement jugée appropriée pour les responsabilités que doivent assumer en ce moment les médecins de famille. Le principal problème c'est celui de l'insuffisance des fonds étant donné le grand nombre d'étudiants qui optent pour la médecine de famille.

A la page 12, paragraphe 2.15, nous réitérons qu'un programme d'assurance-maladie ne doit pas se préoccuper seulement du soin des malades. Dans la profession médicale, nous avons été les premiers à souligner l'importance de la santé. Le gouvernement actuel, par l'entremise du ministère de la Santé nationale et du Bien-être, nous a aidés à rédiger un document très important qui est un guide pour se maintenir en bonne santé et qui a été distribué à tous les médecins de famille du Canada dans le but de les aider à vérifier l'état de santé de leurs patients, de détecter les patients qui présentent des risques élevés et de mettre au point un programme pour les garder en bonne santé.

A la page 13, paragraphe 2.17, nous reconnaissons le rôle que doivent jouer les autres professionnels de la santé, surtout pour les soins ambulatoires. On dit parfois que les médecins exercent un monopole au sens où la loi, dans son libellé actuel, ne prévoit que le remboursement des soins prodigués par les médecins. Et c'est la vérité. Cela dit, le Collège des médecins de famille du Canada a été le premier à promouvoir le rôle des autres professionnels de la santé dans les soins ambulatoires, en particulier le rôle élargi que devrait jouer l'infirmière à ce niveau.

Nous avons organisé une conférence nationale il y a plusieurs années et c'est là que nous avons énoncé le principe. Malheureusement, il n'a pas pris l'ampleur souhaitée à cause du manque de ressources et parce qu'on n'a pas trouvé la façon idéale de rémunérer ces autres professionnels de la santé, étant donné les implications législatives que cela comporte. Nous croyons néanmoins que les autres professionnels de la santé ont un rôle important à jouer au sein de l'équipe qui dispense les soins.

[Text]

At the bottom of page 13 and going on to page 14, we acknowledge that there may be an adequate number of physicians in Canada today, and if there is a problem, it is probably one of mal-distribution. We make the point that we believe this problem of mal-distribution can be overcome, certainly in terms of encouraging family physicians to move into more isolated areas. The major deterrent has been the lack of training appropriate to the responsibilities of these rural areas. Our organization in Alberta and Saskatchewan, in particular, is developing special training programs within the framework of the limited resources available to encourage the training, particularly of rural practitioners. We also make the point in paragraph 2.20 that, with the increasing knowledge in geriatric medicine, emergency medicine and occupational medicine, there are many physicians who want to take this additional training. The resources are not available to do so.

Starting on page 15, we look more specifically at the proposed Canada Health Act, as we understand it, and we express our concern that it unfortunately is somewhat too specific in terms of being able to review, in the depth that is appropriate, some of the other problems facing our health care system.

• 1115

We do again make a plea for more emphasis being directed to the ambulatory care of patients. It has been demonstrated that properly trained family physicians working with other health professionals can be cost effective, in the sense that the referral pattern to consultants has been substantially changed, the use of expensive investigative and diagnostic facilities are being utilized more efficiently. There has been a substantial change in the hospital admission of family physicians who have been appropriately trained and there is some evidence that their prescribing habits have likewise been changed.

On the bottom of page 16; 3.8 and 3.9, we have been brave enough to express our view as to what we feel about extra billing and what the Act is all about. We suggest that the two purposes of extra billing from a physician's standpoint is, first, to preserve what professionalism is all about, at least the independence and opportunity to enjoy some professional freedom that we feel is a very important part of professionalism. And second, that it is a means of subsidizing an insurance program that in large part, and main indeed, is supported by public funds which provides an opportunity to subsidize that.

In 3.9 we suggest that from the standpoint of using extra billing to subsidize the plan, this is a non-problem as far as family physicians are concerned. We lack the specific data, but it is our observation and information that by and large family physicians do not extra bill to any extent. Certainly it would be questionable to suggest that the degree of extra billing by family physicians would in any way erode our present program.

If there is not to be this opportunity to somehow preserve what professionalism is all about and the relative independence of physicians, then what is the trade-off? What assurance can the medical profession have that it can continue to in some way influence its own destiny and, perhaps more important,

[Translation]

Au bas de la page 13 et à la page 14, nous reconnaissons qu'il y a suffisamment de médecins au Canada en ce moment mais qu'il y a un problème de répartition. Nous croyons que celui-ci pourrait être surmonté si l'on encourageait les médecins de famille à s'établir dans les régions plus isolées. Ce qui les y décourage le plus c'est le manque de formation axée sur les responsabilités particulières aux régions rurales. Notre organisme en Alberta et en Saskatchewan, surtout, a élaboré des programmes de formation spéciaux à l'intention des médecins des régions rurales, dans le cadre évidemment des ressources limitées disponibles pour la formation. Nous répétons cela au paragraphe 2.20 en ajoutant qu'étant donné les nouvelles connaissances en gériatrie, en médecine d'urgence et en médecine du travail, beaucoup de médecins sont désireux d'acquiescer cette formation supplémentaire. Malheureusement, nous n'avons pas de ressources pour répondre à leurs désirs.

A partir de la page 15, nous nous intéressons plus particulièrement au projet de Loi canadienne sur la santé, du moins à l'interprétation que nous en faisons. Malheureusement, nous le trouvons beaucoup trop circonscrit pour permettre d'examiner en profondeur certains autres problèmes auxquels font face nos services de santé.

Nous renouvelons notre demande pressante pour qu'on accorde plus d'importance aux soins ambulatoires. Il est prouvé que les médecins de famille bien formés qui travaillent de concert avec d'autres professionnels de la santé sont plus rentables en ce sens qu'ils réfèrent plus judicieusement leurs patients à des spécialistes, qu'ils utilisent plus efficacement les méthodes coûteuses d'investigation et de diagnostic. On a noté énormément de changement chez les patients des médecins de famille bien formés qui ont été admis à l'hôpital et il semble que leurs ordonnances aussi ont changé.

Au bas de la page 16, paragraphe 3.8 et 3.9, nous avons eu le courage d'exprimer notre point de vue sur la surfacturation et ce qu'en dit le projet de loi. D'après nous, le médecin a deux raisons d'opter pour la surfacturation: la première c'est pour préserver tout ce que représente le professionnalisme, c'est-à-dire à tout le moins l'indépendance et la possibilité de jouir d'une certaine liberté professionnelle qui est très importante pour nous. La seconde, c'est un moyen de subventionner un régime d'assurance largement et surtout financé par le trésor public.

Au paragraphe 3.9, pour ce qui est de la surfacturation pour financer le régime, les médecins de famille trouvent que c'est un faux problème. Nous n'avons pas de données précises, mais nous avons cru remarquer que la très grande majorité des médecins de famille n'exigent pas de supplément. Il apparaît douteux que le nombre de médecins de famille qui pratiquent la surfacturation puisse miner le régime actuel.

Si les médecins n'avaient plus cette occasion de préserver ces caractéristiques inhérentes aux professionnels et leur indépendance relative, que leur proposerait-on à la place? Pourrait-on promettre à la profession médicale qu'elle pourrait continuer à exercer une certaine influence sur sa propre destinée et même,

[Texte]

have the opportunity to influence the health care delivery system?

In 3.13, we again emphasize the importance of ambulatory care and express concern that, as we interpret the regulations covering the Act, there may be opportunities there to at any time modify the availability of services at that level.

Turning now, Mr. Chairman, ladies and gentlemen, to the first page recommendations. Recommendation A-1 is a plea to take this opportunity to look at some of the broader issues facing our health care delivery system. We would be so bold as to ask the question: If the opportunity is not taken at this time, what would the mechanism be and how might we expect some of the broader issues facing our health care system to be addressed? We have attempted to put into the second resolution the point we have made throughout our submission that more care at the ambulatory level can reduce substantially the total costs of our health care by keeping people well and keeping them out of hospital. And we make a plea for more emphasis being directed to the training of appropriate health professionals at that level.

In A-3, as a motherhood recommendation, we all agree with the basic sort of philosophy of the Canadian health care policy and would make the plea that everything be done to realize the objective of that policy.

In A-4, we suggest that the use of the term "reasonable compensation" begs a more precise definition. It would appear to some that this is the only trade-off that could be available if extra-billing is conceded and we would like to understand a little better what is meant by reasonable compensation and what assurance the profession has that this would continue to be reasonable.

• 1120

Finally, Mr. Chairman, in our recommendation A-5 we make the point that all properly trained and qualified physicians should have the opportunity and privilege of working within the health care insurance system. We share the concern of many other groups, some of whom have appeared before you, that in one province particularly in this country there is some question as to whether or not all physicians who are properly trained and qualified do indeed have the privilege of working within the system.

Mr. Chairman, and members of the committee, we would appreciate having the privilege and opportunity of answering any questions.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Rice. I must commend you, on behalf of the committee, for putting the brief together in such a short time and for being so willing to come in at short notice. We really appreciate that and your helping us out and also your excellent summary, which was full but to the point.

Dr. Halliday, do you want to start off?

[Traduction]

ce qui est encore plus important, qu'elle serait en mesure d'influer sur le mode de dispense des soins?

Paragraphe 3.13, nous soulignons à nouveau l'importance des soins ambulatoires et nous disons craindre que, d'après notre interprétation des règlements découlant de la loi, il pourrait être possible de modifier n'importe quand la disponibilité de ce genre de services.

Passons maintenant à la première page des recommandations. La recommandation A-1 vous prie de saisir l'occasion pour étudier certains problèmes plus vastes auxquels font face nos services de santé. Nous irions jusqu'à poser la question suivante: Si l'on ne saisit pas l'occasion maintenant, comment peut-on espérer régler certains de ces problèmes? On retrouve dans la deuxième recommandation une remarque qui revient tout au long du mémoire à savoir qu'une augmentation des soins ambulatoires pourrait diminuer sensiblement la facture totale des soins puisque cela aiderait à garder les gens en santé, à l'extérieur des hôpitaux. Nous demandons aussi instamment que plus d'importance soit accordée à la formation des divers professionnels de la santé à ce niveau-là.

À la recommandation A-3 nous nous montrons tous d'accord sur les principes de la politique des services de santé au Canada et nous demandons que tout soit fait pour qu'on atteigne l'objectif de cette politique.

La recommandation A-4 propose que l'expression «rémunération raisonnable» soit définie avec plus de précision. D'aucuns sembleraient penser qu'il s'agit là de la seule compensation possible en cas de surfacturation et nous aimerions comprendre un peu mieux ce qu'on entend au juste par une indemnisation raisonnable et quelles garanties sont offertes au corps professionnel que cette indemnisation restera effectivement raisonnable.

Enfin, monsieur le président, nous affirmons dans notre recommandation A-5 que tous les médecins dûment qualifiés devraient avoir le privilège et le loisir de travailler dans le cadre du Régime d'assurance médico-hospitalière. Comme bien d'autres groupes, dont certains ont d'ailleurs déjà comparu devant vous, nous nous inquiétons de ce qu'une province de notre pays semblerait avoir remis en question le principe d'accorder effectivement le privilège de travailler dans le cadre du régime à tous les médecins dûment qualifiés.

Monsieur le président, honorables membres du Comité, ce sera maintenant pour nous un privilège et un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Merci, monsieur Rice. Au nom du Comité, j'aimerais vous féliciter d'avoir si rapidement réussi à composer votre mémoire et d'avoir également accepté de comparaître devant nous à si bref préavis. Nous vous en remercions, tout comme nous vous remercions de votre aide et de cet excellent résumé, précis et complet.

Monsieur Halliday, voudriez-vous commencer?

[Text]

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to add my words of congratulation to those you have just given to our witnesses for their appearing on short notice and giving us such a very well organized presentation as the one we have here this morning.

I want to move quickly into a couple of questions, Mr. Chairman. First, may I ask Dr. Rice about his recommendation 85. He has partially answered my first question, so I wanted just to get him to confirm, or otherwise, how the college feels about the amendment that has been proposed to us by the FMOQ of Quebec, *la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, that there should be penalties against provinces that fail to provide reasonable compensation. This is not now in Bill C-3: there are penalties to the provinces if they do not ban extra-billing, and that protects the consumer, but we do not see anything in there to protect the physician. Should we, as a committee, recommend an amendment to the Bill that would require the provinces to suffer a penalty, or pay a penalty, if they do not adequately remunerate the physicians?

The second part of that same question is the one to which Dr. Rice has alluded, I think, regarding the situation in B.C., where physicians are threatened with not being able to practice their own profession by virtue of not being able to get a number to the plan and, therefore, might effectively be denied the opportunity to practice their profession. In other words, does the college recommend that we...? That amendment, by the way, was brought to us by CAIR, the Canadian Association of Interns and Residents.

Dr. Rice: Mr. Chairman, I am not familiar with the details of a proposed amendment with respect to that particular point, but I think, in brief, one would make the point that just as the consumer is entitled to, and expected to have, accessibility to the health insurance program, the health providers should indeed have the same privilege. I think it is very important that that somehow be enshrined within any Bill. We are concerned that we are encouraging young people to choose medicine as a career, to be properly trained in family medicine; they go in one end of the system, as it were, take this training and come out the other end and have no assurance at all that they will be in a position to enjoy the benefits of what their training has been all about. I would support that suggestion.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, if I am not mistaken, I think some of the members who are witnesses here today, including Dr. Rice and probably Dr. Butt, have had occasion to visit other countries. I am always interested, when dealing with a problem in our own country, in knowing whether similar problems have existed in other countries and if so how they tackled those situations. Perhaps Dr. Rice could tell us something about any experiences he has had in other countries of the world and the approaches that have been taken there to solving some of the problems of availability of health care and

[Translation]

M. Halliday: Merci, monsieur le président. J'aimerais à mon tour féliciter les témoins d'avoir accepté notre invitation sur ce bref préavis et de nous avoir fait cet excellent exposé ce matin.

Monsieur le président, j'aimerais commencer très rapidement pas poser une ou deux questions. En premier lieu, j'aimerais demander à M. Rice de nous préciser sa recommandation n° 85. Il a déjà en partie répondu à ma première question, et je voulais simplement qu'il me confirme le sentiment du collège à propos de l'amendement qui nous a été soumis par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui propose des sanctions à l'endroit des provinces qui n'accorderaient pas une indemnisation raisonnable. Il s'agit d'un élément qui actuellement ne figure pas au projet de loi C-3: En effet, ce dernier prévoit seulement des sanctions à l'endroit des provinces qui n'interdiraient pas la surfacturation, ce qui protège le consommateur évidemment, mais nous ne voyons dans le texte actuel rien qui protège les médecins. Le Comité devrait-il recommander que le projet de loi soit modifié de manière à ce que les provinces qui ne rémunéreraient pas suffisamment leurs médecins soient passibles d'une sanction financière?

La deuxième partie de la même question a déjà été évoquée par M. Rice, je crois; il s'agit du cas de la Colombie-Britannique qui menace ses médecins de leur interdire l'exercice de leur profession lorsqu'ils ne réussissent pas à obtenir le chiffre requis; une telle attitude revient quasiment à leur interdire d'exercer leur métier. En d'autres termes, le Collège recommanderait-il...? Incidemment, il s'agit là d'un amendement qui nous avait été soumis par l'Association canadienne des internes et des résidents.

Dr Rice: Monsieur le président, je connais peu les détails d'une proposition d'amendement allant dans ce sens, mais en deux mots j'imagine qu'on pourrait effectivement arguer que, tout comme le consommateur a le droit, normalement, de profiter du Régime d'assurance médico-hospitalière, les corps professionnels qui assurent les services devraient également jouir du même privilège. À mon avis, il est particulièrement important que, d'une façon ou d'une autre, cet élément fasse partie d'une mesure législative quelle qu'elle soit. Ce qui nous tracasse, c'est que nous encourageons les jeunes à faire leur médecine, à devenir de bons omnipraticiens, qu'effectivement ils s'inscrivent dans les facultés de médecine mais que, lorsqu'ils en sortent, ils n'ont aucunement la garantie de pouvoir jouir des fruits de leurs études. Je souscrirais donc à cette proposition.

M. Halliday: Monsieur le président, sauf erreur, je pense que certains de nos témoins d'aujourd'hui, dont le Dr Rice et probablement également le Dr Butt, ont déjà eu l'occasion de se rendre à l'étranger et j'aime bien savoir, lorsque j'étudie un problème qui touche le Canada, si d'autres pays n'ont pas eu les mêmes problèmes que les nôtres et, dans l'affirmative, comment ils les ont réglés. M. Rice pourrait peut-être nous parler de ce qu'il a vu dans d'autres pays du monde, des solutions qui ont été adoptées notamment pour ce qui est des problèmes de disponibilité des soins médicaux et de la qualité

[Texte]

quality of health care, and whether or not he thinks Bill C-3 is addressing and is going to rectify some of the problems that might potentially exist here in Canada. What I am asking him to do is to relate the activities in other countries in the health care field to what we see being attempted here now by Bill C-3.

• 1125

Dr. Rice: I have personally had the opportunity to travel rather extensively to other countries to review and participate in debate concerning the health care system. The college has, likewise, in their own name had a role to play. I think up front one has to say that I have seen nothing anywhere in the world that can begin to compare with the health care system in Canada. Generally speaking, I think we are indeed fortunate and we must strive to do everything possible to maintain the system we have. I think Britain is the best example, where they demonstrated that the original sort of national health service, insofar as general practitioners is concerned, was set up in such a way as to discourage many general practitioners from practising within that system. They of course left to come to Canada and other countries. They have made very significant modifications in the method of payment to general practitioners in Britain which, I think, has contributed significantly to the satisfaction, the professional satisfaction, on the part of the professional and to the quality of care they are providing. They have moved away from the basic capitation system to a system which makes provisions, in some instances for some fee for service. They have developed a system whereby the physician who goes to group practice and employs other health professionals, is subsidized for overhead expenses. Of course they do have a sizable amount of private practice now within the British system, paid for in large part by an insurance program. I know of no country, frankly though, that has not developed some system, either legally or otherwise, to subsidize the basic system. There has been some mechanism devised to subsidize the program outside the system.

The Chairman: A short question doctor.

Mr. Halliday: Well, finally, my last question I guess. Three things which IUI also asked the anti-poverty group who are here, a few moments ago. I am concerned about accessibility to the health care system and three things seem to be competing for that, financial barriers being one of the sources of lack of accessibility; another one being the availability of adequate service when you want it and when you need it, rather than having to wait in a long line up; the third being the level of quality of care. Canadians want accessibility to a quality service. I wonder whether or not our witnesses here today feel that by guaranteeing, as this bill attempts to do, absolutely no financial obligation on the part of patients, and presumably removing financial barriers, is that in Dr. Rice's view, perhaps taking into account his knowledge of other countries, going to

[Traduction]

des soins médicaux et peut-être lui demanderais-je également si, à son avis, le projet de loi C-3 est effectivement bien pensé et est susceptible de résoudre certains des problèmes qui pourraient se poser ici. Je lui demanderais en fait de comparer les initiatives des autres pays dans le domaine de la santé à ce que nous tentons de faire ici dans le cadre du projet de loi C-3.

Dr Rice: J'ai personnellement eu l'occasion de visiter assez souvent d'autres pays pour étudier leurs systèmes et leurs régimes dans le domaine de la santé et en discuter. Parallèlement, le collège a également eu un rôle à jouer en son nom propre à cet égard. Je pense que d'emblée je me dois de préciser que je n'ai vu nulle part au monde quoi que ce soit qui puisse se comparer, même de très loin, au Régime d'assurance médico-hospitalière que nous connaissons ici. D'une façon très générale, je pense que nous avons beaucoup de chance qu'il en soit ainsi et nous devons nous efforcer, dans toute la mesure de nos moyens, de conserver notre système. La Grande-Bretagne est pour moi le meilleur exemple, en ce sens que les Anglais ont montré qu'à l'origine ce genre de médecine nationalisée avait été créée, et je parle ici pour les omnipraticiens, de manière à décourager de nombreux omnipraticiens à exercer leur métier dans le cadre du système. Ces médecins au demeurant se sont empressés d'émigrer, notamment vers le Canada. Les Anglais ont également modifié radicalement leurs méthodes d'indemnisation des omnipraticiens, ce qui je crois a eu une incidence non négligeable sur le niveau de satisfaction professionnelle du corps médical et sur la qualité des soins. La Grande-Bretagne a abandonné la formule initiale de l'indemnisation par habitant pour adopter un système prévoyant, dans certains cas, certains honoraires. Les Anglais ont mis au point un système permettant aux médecins faisant de la médecine collective ayant recours à d'autres professionnels de la santé de toucher des subventions pour ces frais généraux. Il est évident qu'à l'heure actuelle la Grande-Bretagne compte un nombre assez important de médecins travaillant pour leur propre compte mais financés en grande partie par le régime d'assurance. En toute franchise, je ne connais aucun pays qui n'ait pas inventé l'une ou l'autre formule, qu'elle soit légale ou non, permettant de subventionner le régime de base. Certains dispositifs ont effectivement été conçus pour subventionner le programme hors du cadre du régime.

Le président: Une toute petite question, monsieur Halliday.

M. Halliday: Bon, j'imagine que ce sera ma dernière question. Il y a trois éléments que j'ai également abordés il y a quelques instants avec les représentants du groupe anti-pauvreté. Ce qui m'inquiète, c'est l'accessibilité du système et, à cet égard, il me semble y avoir trois éléments antagonistes: les obstacles à caractère financier qui viennent d'une part s'opposer à l'accessibilité, l'existence des services nécessaires au moment et à l'endroit où on en a besoin, par opposition à la file d'attente et enfin le niveau qualitatif des soins dispensés. Les Canadiens veulent avoir accès à un service de qualité. J'aimerais savoir si nos témoins ont le sentiment qu'en garantissant, comme le projet de loi s'y force de le faire, aux patients qu'ils n'auront à subir absolument aucune obligation financière, et, supposons-le, en éliminant les obstacles à caractère financier,

[Text]

have any impact on the ready availability of service to Canadians and is it going to have any impact on the quality of the service that Canadians receive?

Dr. Rice: I wonder if Dr. Butt might be given the opportunity to respond?

Dr. Butt: Well thank you very much Dr. Rice. I am not the world traveller that Dr. Rice is. However, perhaps that could be answered more from local knowledge and the limited knowledge that I have had.

I think over the past two or three years we have seen an increased waiting period for medical services, particularly in the area I practice in, around Mississauga. As I understand it, this is shared; not so much services with the physicians' offices, but the availability of hospital care and more specialized services.

This is, I guess, placing an increased load on family physicians in their own office, who are basically providing the entry into the care. They have to spend more time with people. They have to scratch their heads and figure out, well, what are we going to do while people are waiting, two, three, six months or whatever it is to go in and have special procedures done. From our standpoint this type of thing is placing an added burden on the family physicians time—more time and more expertise spent with patients. I do not know, I can not answer, you know, just what one can do to get around this, and whether private money would solve that problem expect perhaps at the hospital level. I do not know whether I have answered the question at all or not, because I have not had that much opportunity to travel internationally.

• 1130

The Chairman: Thank you, Dr. Butt. I will go Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to ask two or three questions that relate to pages 12 and 13. First of all, I wonder if you could elaborate a little bit more about the whole question of extending medicare to include a broad definition of health practitioners. You mentioned the question of nurses, and I am not quite sure what the position of your association is; whether you are for or against this. You mentioned also the legal and economic problems related to this, and I wonder if you would elaborate on that.

I wonder also, when you talk about team concepts, whether you are thinking really of teams that still are kind of led by the physician or whether you would also see the kind of concepts in community clinics where there are more para-professionals and also maybe more lay people, thinking of poverty communi-

[Translation]

j'aimerais donc savoir si M. Rice, sur la foi de tout ce qu'il sait des régimes des autres pays, a le sentiment que cela va avoir une incidence sur la disponibilité des services de santé pour les Canadiens et si cela va avoir une incidence sur la qualité des soins prodigués à la population.

Dr. Rice: Peut-être mon confrère M. Butt pourrait-il répondre à cette question?

M. Butt: Merci beaucoup mon cher confrère. Je suis loin d'être aussi grand voyageur que lui, mais je pourrais peut-être répondre à cette question d'un point de vue davantage local, me fondant sur les connaissances somme toute assez limitées que j'ai acquises.

Je dirais que depuis deux ou trois ans, nous avons constaté une augmentation des périodes d'attente pour les services médicaux, et tout particulièrement dans la région de Mississauga dans laquelle j'exerce. Si j'ai bien compris la situation, il s'agit de services partagés et pas tellement de services dispensés dans leur cabinet par les médecins: il s'agit donc des soins hospitaliers et des services plus spécialisés.

Ce phénomène a pour effet j'imagine de solliciter de plus en plus les médecins de famille qui exercent à titre privé et qui représentent effectivement la porte d'entrée dans le système. Ces médecins doivent consacrer davantage de temps à leurs patients. Ils doivent se casser la tête pour décider que faire de ces malades qui doivent attendre deux, trois ou six mois pour pouvoir bénéficier de certains services spécialisés. De cette perspective qui est la nôtre, c'est le genre de phénomène qui vient encore ajouter une sollicitation supplémentaire au carnet de rendez-vous déjà fort chargé des médecins de famille, dans la mesure où ils doivent consacrer davantage de temps et beaucoup plus de compétence à leurs patients. En fait, je ne sais ce qu'on pourrait faire pour régler ce problème, je ne sais pas non plus si des investissements privés pourraient y arriver, sauf peut-être au niveau des hôpitaux. Je ne sais pas si j'ai vraiment répondu à la question car, comme je vous le disais, je n'ai pas beaucoup eu l'occasion de me rendre à l'étranger.

Le président: Merci monsieur Butt. La parole est à Madame Mitchell.

Mme Mitchell: Merci monsieur le président.

J'aimerais vous poser deux ou trois questions relatives à ce que vous dites aux pages 12 et 13. En premier lieu, peut-être pourriez-vous nous préciser davantage ce que vous entendez par toute cette question de l'étoffement du système de manière à inclure une définition générale des professionnels de la santé. Vous avez parlé bien sûr des infirmières, mais je ne suis pas certaine de la position adoptée par votre association: êtes-vous pour ou contre? Vous parlez également des composantes juridiques et économiques du problème, et ici encore j'aimerais quelques précisions.

Enfin, lorsque vous parlez des concepts d'équipe, pensez-vous vraiment à des équipes qui seraient, dirions-nous, dirigées par le médecin ou pensez-vous plutôt à ce qui se passe dans les cliniques communautaires où il y a de plus en plus de spécialistes para-médicaux, voir de complets profanes, et je pense aux

[Texte]

ties and ethnic communities where some of the front-line people could take on the communication role in a different way. I would be very interested in knowing what your feelings are here and what we could do in a practical way to try to broaden this coverage.

Dr. Rice: First, one must say that we are in favour of nurses.

Mrs. Mitchell: Well, that was not exactly the question.

Dr. Rice: To answer your question, Mrs. Mitchell, going back a number of years ago, probably 10 or 12, when many groups, including our colleagues, were looking at ways and means of improving health care at the ambulatory level, it was recognized that the team approach to ambulatory care was all important, that the different health professionals had something very special to contribute at that level... a physician had his or her role; the nurse had a role; the social worker, the clinical psychologist, the nutritionist, everyone had a role—and that it was somehow important to encompass these different talents in some way.

We were, as a college, one of the prime movers of this concept of a team approach. I will admit that at the time people did get hung up, and perhaps we were hung up as much as anyone as to who was going to lead this team. But I think with the passage of time it was acknowledged that the team approach was a valid approach without having to worry about who was going to be leading the team, that at any point in time the leader could be different.

We hold to that approach. We believe that the nurse, and in particular in our area the family practice nurse, working with the family physician has a great deal to offer to the patient and to the whole delivery of health care at the ambulatory level. The problem has been in terms of advancing that concept; that there is no method of paying for the services of this family practice nurse other than through the income of the physician. So it is necessary for the physician to generate sufficient income so he can engage the services of a family practice nurse.

Now, there are some other mechanisms for reimbursing social workers and other members of this so-called team, but we still hold to that view. The legal implications, likewise, have not been resolved. When does a nurse cease to be a nurse and become something else, particularly if she is going, or he is going, to assume a role in the community of follow-up of patients, and so on? The legal sort of implications of that are restrictive, as they are at the present time.

[Traduction]

agglomérations pauvres ou autochtones dans lesquelles certaines personnes qui se trouvent en première ligne pourraient assumer l'élément communication. J'aimerais beaucoup savoir ce que vous pensez à ce sujet et ce que nous pourrions faire à votre avis d'une façon concrète pour essayer d'étoffer précisément cette assurance.

Dr Rice: En premier lieu, il faut que nous vous disions que nous sommes pour les infirmières.

Mme Mitchell: Ce n'est pas exactement ce que je vous demandais.

Dr Rice: Pour répondre à votre question, madame Mitchell, il faut que je remonte de quelques années en arrière, 10 ou 12 ans sans doute, à une époque où de nombreux groupes, dont d'ailleurs nos confrères, s'étaient demandé comment il pouvait être possible d'améliorer les soins à caractère ambulatoire, ils étaient arrivés à la conclusion que, en matière de soins ambulatoires, le concept du travail d'équipe était d'une importance capitale et que toute une série de spécialistes de la santé représentant des disciplines différentes avaient un rôle très spécial à jouer à ce niveau: le médecin avait son rôle, l'infirmière avait son rôle, l'assistant social avait le sien, le psycho-clinicien l'avait également, le diététiste aussi, tout le monde avait son rôle à jouer, et il était dès lors assez important que tous ces talents puissent d'une façon ou d'une autre se fusionner.

Notre collègue, à l'époque, était l'un des premiers défenseurs de cette notion du travail d'équipe. Je dois admettre qu'alors les gens étaient un peu incertains, nous sans doute autant que les autres, sur la question de savoir qui allait devoir diriger l'équipe en question. Mais j'imagine qu'avec le temps tout le monde a fini par admettre que cette notion du travail d'équipe était une formule parfaitement valable et qu'il ne fallait nullement s'inquiéter à propos de l'identité desxx du dirigeant de l'équipe, en ce sens que celui-ci pourrait être amené à changer selon les circonstances.

Nous avons continué à souscrire à cette formule et nous estimons en effet que l'infirmière, et surtout dans notre région l'infirmière spécialiste de la médecine familiale, qui travaille avec le médecin de famille, a énormément à apporter aux malades ainsi qu'à l'ensemble du système au niveau des soins ambulatoires. Le problème s'est posé lorsque nous avons voulu pousser cette notion: en effet, il n'existe aucune méthode permettant d'indemniser les services de l'infirmière spécialiste de la médecine familiale si ce n'est par prélèvement à même les revenus du médecin. Il faut dès lors que le médecin ait un revenu suffisant pour pouvoir rémunérer une infirmière spécialisée en médecine familiale.

Evidemment, il existe d'autres dispositifs permettant de rembourser les honoraires des assistants sociaux et des autres membres de cette équipe comme nous l'appelons, mais nous restons fermes sur notre position. Dans un même ordre d'idées, les obstacles juridiques n'ont pas encore été aplanis. Quand une infirmière cesse-t-elle d'être une infirmière pour devenir autre chose, en particulier si, dans la communauté, elle se charge par exemple de suivre les malades? Voilà le genre d'implications juridiques qui sont assez limitatives, du moins pour l'instant.

[Text]

In summary, we see a very important role for the nurse and other health professionals working as part of a team with physicians and others at the ambulatory care level. We would support any change that would make it possible to find some solution to the appropriate payment of these health professionals, other than through the income derived by physicians.

The Chairman: Your final question, Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Does this mean that you would then support some kind of amendment—I am not quite sure myself how this would be done... that would use the term “health practitioner” in a broader sense and would include direct payment through the medicare system to the nurse in situations where this is appropriate?

• 1135

Dr. Rice: We are very concerned with what, in our view, is an artificial distinction between health and disease. We just cannot accept that you can have a group of people who are practising or promoting health who do not have a reasonable knowledge of what the disease process is. We think they are very close partners. That is why we feel, while there are persons who can be involved in the promotion of health and patient education, they must intimately be tied in with persons who likewise have an appreciation of what disease is about. We do not see independent so-called health workers; we think it is an artificial distinction between health and disease. You cannot know what health is all about until you have some appreciation of disease and vice versa.

The Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell.

I will go to Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

I want to commend the group before us for this brief. When I consider the quality of the brief and its tone, I must say maybe we should make it a practice to advise groups only two or three days before they should come, because this is one of the best briefs we have had from groups such as yourself. I want to thank you for it.

Before we go any further, Dr. Rice, could you tell us where you draw the line between the definition of a general practitioner and a family physician? Is that a professional difference or is it just a question of terminology?

Dr. Rice: It is a question I have been asked so many times, and yet it is the most difficult question to answer in a brief word.

Family medicine has evolved from general practice. When we talk today about family medicine and family physicians,

[Translation]

En deux mots donc, nous envisageons effectivement un rôle très important pour l'infirmière tout comme d'ailleurs pour les autres spécialistes de la santé qui feraient partie, avec les médecins, d'une équipe se chargeant des soins ambulatoires. Nous souscrivons à n'importe quel changement qui déboucherait sur une solution quelconque aux problèmes de la rémunération de ces spécialistes, une solution autre bien sûr que celle du financement à même les revenus des médecins eux-mêmes.

Le président: Votre dernière question, madame Mitchell.

Mme Mitchell: Cela signifie-t-il que vous souscrieriez à un amendement—je ne sais pas vraiment comment on pourrait le formuler—qui utiliserait l'expression «spécialiste de la santé» dans un sens beaucoup plus large et qui stipulerait des modalités de rémunération directe via le régime d'assurance médico-hospitalière, notamment dans le cas des infirmières?

Dr. Rice: Nous nous inquiétons beaucoup de cette distinction, très artificielle à notre avis, qu'on fait entre la santé et la maladie. Nous ne saurions accepter qu'un groupe de gens puissent exercer une spécialité médicale ou oeuvrer dans le domaine de la santé sans avoir au moins une connaissance raisonnable du phénomène de la morbidité. Les deux sont effectivement pour nous très proches. C'est la raison pour laquelle, à notre avis, même s'il y a des gens qui peuvent participer au processus, qui peuvent oeuvrer dans le domaine de la santé et éduquer les malades, ces gens doivent néanmoins travailler en très étroite collaboration avec d'autres spécialistes qui eux savent ce qu'est la maladie. Nous ne saurions accepter ce qu'on pourrait appeler des travailleurs indépendants dans le domaine de la santé car à notre avis, il y a cette distinction très artificielle entre la santé et la maladie. Il est impossible de savoir ce qu'est la santé si on ne sait pas dans une certaine mesure du moins ce qu'est la maladie et inversement.

Le président: Merci, madame Mitchell.

La parole est maintenant à M. Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Je tiens pour commencer à féliciter les témoins pour la qualité de leur exposé. En constatant précisément la qualité de cet exposé et le ton dans lequel il a été rédigé, je me demande si nous n'aurions peut-être pas intérêt à n'avertir les témoins que deux ou trois jours à l'avance seulement avant leur comparution, car nous avons entendu ce matin l'un des meilleurs exposés à nous avoir été présenté par des groupes d'intérêt comme le vôtre. Je vous en remercie donc.

Avant de poursuivre, monsieur Rice, j'aimerais que vous nous disiez où vous tracez la ligne de démarcation entre la définition de l'omnipraticien et celle du médecin de famille. Y a-t-il une différence professionnelle ou n'est-ce qu'une question de terminologie?

Dr. Rice: C'est une question qu'on m'a bien souvent posée et il est pourtant très difficile d'y répondre rapidement.

La médecine familiale est une émanation de la médecine générale. Lorsque nous parlons aujourd'hui de la médecine

[Texte]

basically what we are talking about is updating general practice and the general practitioner of days gone by. So family medicine has its roots in general practice. We in family medicine are interested in the more complete care of patients than was sometimes the position of general practitioners who were more interested in episodic care, seeing people . . .

Mr. Breau: What was that word?

Dr. Rice: Episodic care; one of a kind, one-time care. You come to the doctor with a sore throat; your throat is treated, and next time you have a problem you return. The focus of family medicine is first-contact care, but it is continuing care over a period of time and as comprehensive as it can be, given the knowledge and skills we now have. So it is a more complete care.

Mr. Breau: You do not say categorically, but you assume in your brief on two or three occasions, that the system is underfunded. On page 15, paragraph 3.2, for example, you say: "This under-funding presently exists and will intensify as the pressures on the system continue to increase."

While I recognize, in a system that is publicly financed and where the sourcing of the funds comes primarily and just about completely from governments, that funding questions would be more political and more difficult to judge, I think they are probably as difficult in a privately financed system; but decisions would be made more calmly and coolly in some board offices somewhere. But recognizing that funding questions will always be political and therefore sometimes controversial, on what do you base that statement that the system is underfunded, if that is what you believe?

Dr. Rice: From our vantage point, given that our prime interest and mandate is to do what we can to contribute to the appropriate training of those physicians who choose family medicine as a career, as I indicated earlier, approximately 50% of medical students who are now going out into general practice or family practice are going out following a one-year internship on the completion of their undergraduate training. It is now generally agreed that that is not adequate training for responsibilities in family medicine. The program of training that our college is promoting is a minimum of two years of training following graduation from medical school. In the United States, it is three years; in Britain, it is five; in Australia, it is four. So we feel the day has passed when an undergraduate period of training plus one year of an internship is adequate. And the reason for this is that the funds are just not there to meet the stipend for the students during this training and to meet the additional costs for faculty and so on. That is the prime example from our vantage point of under-funding.

[Traduction]

familiale et du médecin de famille, nous entendons essentiellement une version plus moderne de la médecine générale et de l'omnipraticien d'antan. La médecine familiale trouve donc son origine dans la médecine générale. Nous autres médecins de famille nous attachons davantage à l'éventail complet des soins dispensés aux malades que les omnipraticiens qui considéraient davantage les soins épisodiques, les consultations . . .

M. Breau: Quel est le terme que vous avez employé?

Dr Rice: Les soins épisodiques et ponctuels en quelque sorte. Un malade va voir son médecin parce qu'il a mal à la gorge, son médecin le soigne et, à la visite suivante, c'est un autre problème. La médecine familiale est surtout axée sur les soins d'intervention immédiate, mais il s'agit de soins qui se prolongent dans le temps, d'un éventail de soins aussi vaste et aussi complet que possible, et qui sont bien sûr fonction des connaissances et des compétences d'aujourd'hui. Ce sont des soins plus complets si vous voulez.

M. Breau: Sans être catégorique, vous partez du principe, dans votre mémoire, et vous le faites d'ailleurs à deux ou trois reprises, que le système est insuffisamment financé. Ainsi, au paragraphe 3.2 de la page 15, par exemple, vous dites ceci: «Cette insuffisance de financement existe d'ores et déjà et elle va aller en s'intensifiant à mesure que le système sera de plus en plus sollicité.»

Tout en admettant, dans le cadre d'un système financé par le Trésor public, financé surtout et presque exclusivement par les gouvernements, que ces questions de financement ont une connotation davantage politique et sont donc plus difficiles à juger, je suis néanmoins d'avis que ces questions seraient probablement tout aussi difficiles à résoudre dans le cadre d'un système à financement privé, bien que les décisions y seraient probablement prises d'une façon plus lucide et plus calme dans une quelconque salle de conseil d'administration. Mais, en posant donc que les questions de financement auront toujours une connotation politique, et seront donc à l'occasion controversées, sur quoi vous fondez-vous pour dire que le système est insuffisamment financé si c'est effectivement votre sentiment?

Dr Rice: De notre point de vue, étant donné que nous avons pour mandat et pour intérêt premier de faire ce que nous pouvons pour contribuer à la meilleure formation possible des médecins qui choisissent pour discipline la médecine familiale, comme je l'ai d'ailleurs déjà dit, environ 50 p. 100 des étudiants inscrits dans les facultés de médecine et qui commencent actuellement à exercer la médecine générale ou la médecine familiale vont subir un internat d'un an après leurs études en faculté. Il est d'ores et déjà généralement admis qu'il ne s'agit pas là de la meilleure formation pratique possible pour un médecin de famille. Le programme de formation défendu par notre collège comporte un minimum de deux ans de formation pratique après l'obtention du diplôme décerné par une faculté de médecine. Aux États-Unis, cette période est de trois ans; elle est de cinq ans en Grande-Bretagne et de quatre ans en Australie. Nous estimons donc que la formation théorique en faculté assortie d'une année d'internat ne suffit plus dans les circonstances actuelles. La raison en est tout simplement qu'il n'y a pas assez d'argent pour payer leur traitement aux étudiants pendant leur stage et pour payer aux

[Text]

Now, one appreciates that there probably is never enough money in any country, no matter how affluent that country is, to do all of the things that ideally should be done. But we are suggesting that perhaps priority should be rearranged in such a way as to give more emphasis to the importance of ambulatory care. We are able to demonstrate that appropriate ambulatory care can substantially control the costs of the total health care system, with its emphasis on keeping people well, identifying them at risk and then doing those things that are appropriate to modify that.

Mr. Breau: I appreciate that, and another part of your brief that I found encouraging is to have people like yourselves say, as you say at paragraph 3:

The problems of under-funding are most apparent when one examines the serious limitations that preclude the advancement of a comprehensive health program in addition to a sickness program.

It is not very often that we hear physicians' organizations talk in those terms. Mind you, I do not want to accuse them of not thinking that way, but normally they emphasize other things. So that is why I found your presentation so interesting. But unless we keep the system with some control, some containment over cost . . . not necessarily containment over costs but containment of sources of funding. Would you not agree with me that if we have too loose a system, whether it is private or public—you could conceivably have a publicly financed system that would be very liberal and very generous and pump a lot of money into the system. However, do you not think if we are not tight, whether privately or publicly, with funding decisions, that we will never go to a comprehensive health program; that we will probably stick with the traditional sickness program? Do you not believe human beings being what they are, whether they are professional physicians or not, will not make the tough decision or will not accept the structural changes that we have to go into unless the system is tightly funded?

Dr. Rice: I agree with you completely, sir. And on page 16 at 3.7, I believe what I am suggesting there is that if, as some people feel, there is enough money within the system . . . It is a matter of somehow looking at the total needs and the total resources that are available and somehow assigning priorities to them. One must question whether that is happening now as well as it must happen.

[Translation]

facultés les frais supplémentaires que cela entraînerait. Voilà de notre point de vue un exemple caractéristique de financement insuffisant.

• 1140

Bien sûr, nous savons fort bien qu'aucun pays au monde n'aura jamais assez d'argent, même s'il est extrêmement riche pour faire tout ce qu'il faudrait faire idéalement. Mais selon nous, peut-être pourrait-on modifier les priorités de manière à mettre davantage l'accent sur les soins ambulatoires. Nous pouvons vous prouver que de bons soins ambulatoires peuvent considérablement enrayer la spirale des coûts du système d'assurances médicaux hospitalières dans son ensemble, puisque les soins ambulatoires ont pour but de garder les gens en bonne santé, de repérer les cas problèmes et d'intervenir immédiatement à ce niveau.

M. Breau: Je le comprends fort bien, et d'ailleurs j'ai trouvé très encourageant que des gens comme vous disiez ailleurs dans votre mémoire, au paragraphe 3 pour être précis:

Les problèmes entraînés par l'insuffisance du financement sont parfaitement évidents dès lors qu'on se rencontre des obstacles très sérieux qui font entrave au progrès d'un programme global dans le domaine de la santé qui viendrait s'ajouter à un programme de lutte contre la maladie.

Ce n'est pas tous les jours qu'on peut entendre une Association de médecins s'exprimer de cette façon. Ne vous en déplaie, ce n'est pas une accusation que je porte, mais je dois avouer qu'en règle générale les médecins insistent sur d'autres éléments et c'est donc la raison pour laquelle j'ai trouvé votre exposé tellement intéressant. En revanche, à moins de pouvoir d'une façon ou d'une autre contrôler le niveau de dépenses, le coût en quelque sorte du système—non, il ne s'agit pas vraiment du coût mais plutôt des sources de financement . . . ne seriez-vous pas d'accord avec moi pour dire que, si le système est trop flou, qu'il soit d'ailleurs privé ou public . . . on pourrait très facilement avoir un régime financé par les deniers publics qui serait extrêmement libéral, extrêmement généreux et qui dépenserait sans compter. Ne pensez-vous pas toutefois, indépendamment du système, que si nous ne faisons pas très attention aux décisions que nous prenons en matière de financement, nous n'aurons jamais de programme global dans le domaine de la santé et que nous nous retrouverons invariablement avec un système axé sur la lutte contre la maladie? Ne pensez-vous pas que, l'homme étant ce qu'il est, qu'il s'agisse d'un médecin ou de qui que ce soit, il ne prendra jamais les décisions radicales qui s'imposent, qu'il n'acceptera jamais de modifier la structure du système comme il le faudrait tant que l'attribution des fonds ne sera pas sévèrement contrôlée?

Dr. Rice: Je suis parfaitement d'accord avec vous monsieur. D'ailleurs, à la rubrique 3.7 de la page 7, je dis je crois qu'effectivement, si le système est suffisamment riche comme d'aucuns semblent le croire . . . Il faut que quelqu'un prenne sur lui d'étudier l'ensemble des besoins et l'ensemble des ressources disponibles et de déterminer les priorités. Ce qu'il faut se demander, c'est effectivement si c'est cela le processus qui a cours aujourd'hui et s'il est aussi bon qu'il devrait l'être.

[Texte]

Mr. Breau: Would you agree with me then, without leading you, that unless we maintain the publicly financed system and a sole source funding system, as much as possible, we will have less chances of going to this identification of priorities than we have now?

My time is running short, and the Chairman sometimes gets impatient, so I will conclude with this statement.

As I said, I like the approach you have here. I want to assure you that the fact that Bill C-3 does not deal with all of this does not mean that we do not consider it to be important. We find the questions being settled with Bill C-3 were essential and is a stage from which we then can get to these kinds of discussions. I think we have to get to them very, very quickly. I appreciate the approach you have, because as providers and I suppose—can we call you trainers?—*formateurs* in French we say. We need your advice as we get into this other stage of making these decisions.

Dr. Rice: We support completely any and every attempt to control in a legitimate way the costs, because only through that are we going to have the resources necessary to do some of these other things.

Mr. Breau: Thank you.

The Chairman: Thank you very much. I will go to Mr. Reid and then Dr. Hudecki, and that will end this stage of the questioning. Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Dr. Rice, I want to speak from a local point of view and then perhaps see whether it would apply more generally. In the Province of Ontario you know that there are established certain health councils. We have one in Niagara. The general direction of each of these health councils is the same; to advise the provincial minister of health on planning and the co-ordination of health services, in our case, in the region of Niagara. That particular health council spent some two years planning and documenting a paper to be presented to the Province in its improvement or revision of the health care system in the 1980s, and at the conclusion of that document it set out a number of recommendations for such improvements. Not one, not one of those recommendations was adopted on the basis of cost. Can you tell me generally whether the same results were applicable across the Province of Ontario and perhaps even across the country?

• 1145

Dr. Rice: I wonder if Dr. Butt, in terms of Ontario, could perhaps respond and then I may add to that, if that is appropriate?

Dr. Butt: Mr. Chairman, I guess I am not quite clear on the question. I understand that when a program that is recommended is not approved, it is not approved because of cost factors. Is that what you are saying?

[Traduction]

M. Breau: Vous êtes donc d'accord avec moi pour dire, et je ne veux pas vous influencer de quelle que façon que ce soit, qu'à moins de conserver un système financé par l'État, financé exclusivement par l'État, autant que possible du moins, nous aurons beaucoup de mal à terminer ces priorités comme nous le faisons actuellement?

Mais je vois que le temps passe et comme je sais que le président est parfois impatient, je vais conclure.

Comme je l'ai dit, j'aime beaucoup l'optique que vous nous avez présentée. Je tiens à vous garantir que même si le projet de loi C-3 reste muet à ce sujet, cela ne signifie pas que nous ne croyons pas que ce soit important. Pour nous, toutes les questions auxquelles répond le projet de loi C-3 sont absolument essentielles et il s'agit en l'occurrence d'une étape supplémentaire à partir de laquelle nous pourrions ensuite discuter de tous ces autres éléments. J'ajouterais à cet égard que nous devons faire vite, très vite. J'aime beaucoup la conception que vous nous avez exposée, car c'est vous qui dispensez les services et c'est vous également qui assurez la formation, pourrait-on dire. Nous avons besoin de vos conseils et nous en aurons de plus en plus besoin à mesure que nous serons amenés à décider dans ces autres domaines.

Dr. Rice: Nous sommes à 100 p. 100 d'accord sur tout ce que vous ferez pour tenter de conserver légitimement le contrôle des dépenses car ce n'est que de cette façon que nous allons pouvoir obtenir les ressources nécessaires pour nous étendre justement dans ces autres domaines.

M. Breau: Merci.

Le président: Merci beaucoup. Nous allons maintenant passer à M. Reid qui sera suivi pour terminer par M. Hudecki. Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur Rice, je voudrais aborder une optique plus locale, quitte, peut-être, à généraliser à partir de là. Vous savez qu'en Ontario il existe certains conseils de santé. Il y en a un à Niagara. L'orientation générale de chacun d'entre eux est la même car ils ont pour fonction de conseiller le ministre provincial de la Santé sur la planification et la coordination des services de santé, et dans le cas qui nous occupe, pour la région du Niagara. Le conseil de santé a consacré deux années à la planification et à la recherche pour constituer un document dont la province serait saisie. Il s'agissait d'améliorations ou de révisions au régime de soins de santé dans les années 80 et en conclusion, on a dressé une liste de recommandations. Aucune de ces recommandations, et je dis bien aucune, n'a été retenue parce qu'on les jugeait trop coûteuses. Est-ce que cela est vrai pour la province de l'Ontario ou à l'échelle nationale?

Dr. Rice: Pour ce qui est de l'Ontario, M. Butt pourrait peut-être répondre mais j'aurais quelque chose à ajouter si vous me le permettez.

M. Butt: Monsieur le président, je ne comprends pas très bien la question. Vous dites qu'un programme a été recommandé mais qu'il n'a pas été approuvé à cause de son coût, n'est-ce pas?

[Text]

Mr. Reid (St. Catharines): That is basically right, yes.

Dr. Butt: I have had relatively little to do with the district health councils but I know that the district health councils, as I understand them, have various levels of advising and then there is an overall elected or appointed council. This council provides the sort of final answer as to recommended programs to the ministry of health, provincially. I am not sure whether you are referring to the block as at the district health council or the ministry of health, provincially.

Mr. Reid (St. Catharines): I do not think we have to be too much concerned with the details or else I would have enunciated all the recommendations that they made. But as a health council, they made recommendations to the minister of health of the Province of Ontario as to how the health system could be improved and should be improved in the interests of the consumer. And the Province rejected those by reason of costs and the inability to fund those improvements.

Now the question to you, basically, was: Was this general throughout the Province of Ontario, or were such improvements to the health care system not being made by reason of underfunding nationally?

Dr. Butt: I think it would have been more of a provincial thing rather than a national thing, except where the Province had insufficient funding from the federal government on a global budget basis and their prioritization would not be sufficient. That is the only reason I can say, although I was not involved in any way in this decision.

Mr. Reid (St. Catharines): Then, Mr. Chairman, doctor, I will be a little more specific and let it go at that then.

On the basis of the ageing—and we just had a group of people in earlier today indicating that there is a direct cost to medicare in relation to the aging population—there is a fairly general rule of thumb, I think, although how widely accepted, I am not sure, but 40% of the health care costs are generated by those over the age of 65. Then you get into the number and percentage of hospital beds, acute care beds being used by people who are in chronic conditions, whatever, and you can extend that. My question, then, would be to you as the persons primarily involved in the meting out of medicare services. What participation does the federal government have in ensuring that there is a fair distribution of these medical dollars for the different classifications of medicare services? Can it use its influence, or should it use its influences with the Province with a view to modifying the present system so that facilities or a different means of delivery of those services can be adjusted as we go down the 1980s?

• 1150

Dr. Price: I am not as familiar as I should be, perhaps, as to what the relationship is between federal and provincial governments in terms of who pays for what and that sort of thing, but it does disturb one when one is trying to develop or contribute to a national program that there does not appear to be the opportunity to coordinate that one would like to see. One is becoming concerned, for example, that provinces may

[Translation]

M. Reid (St. Catharines): C'est cela.

M. Butt: Je ne me suis pas beaucoup occupé des conseils de santé de district mais je sais que ces derniers comportent divers groupes consultatifs et qu'il y a ensuite un conseil élu ou nommé. Le conseil constitue une sorte de dernière consultation pour les programmes recommandés au ministère de la santé provincial. Est-ce que vous faisiez allusion à l'entrave au niveau du conseil de santé de district ou au niveau du ministère provincial de la Santé?

M. Reid (St. Catharines): Les détails ont peu d'importance car pour en donner, il me faudrait dresser la liste des recommandations. Quoi qu'il en soit, le conseil a fait des recommandations au ministre de la Santé de l'Ontario quant aux possibilités d'améliorer le Régime de santé de l'Ontario comme il se devait dans l'intérêt des consommateurs. La province a rejeté ces recommandations en invoquant qu'elles étaient trop coûteuses, qu'elle n'avait pas les fonds nécessaires aux améliorations.

Voici la question que je vous pose: est-ce parce que l'Ontario n'avait pas l'argent ou est-ce parce qu'il n'y avait pas assez d'argent à l'échelle du pays pour réaliser ces améliorations au régime de soins de santé?

M. Butt: Je pense que c'est plutôt parce que la province n'avait pas d'argent c'est-à-dire que son budget global provenant du gouvernement fédéral ne lui permettait pas en raison de ses priorités. C'est la raison que je puis trouver bien que je n'aie rien absolument rien à voir avec cette décision.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, je m'en tiendrai là et j'aborderai une question plus précise.

Des témoins nous ont dit plus tôt qu'il y avait un rapport direct entre le coût de l'assurance-santé et le vieillissement de la population. C'est une chose qui tombe sous le sens même si on ne le reconnaît pas d'emblée. Quarante pour cent des coûts de soins de santé sont occasionnés par des services fournis à des gens de plus de 65 ans. Ensuite il y a la question du pourcentage des lits d'hôpitaux par rapport à la population, du fait que des lits pour soins actifs sont occupés par des gens atteints d'affection chronique et on peut faire les déductions nécessaires. Je vous pose une question parce que vous êtes les premiers fournisseurs de soins médicaux. Quel est le rôle du gouvernement fédéral quand il s'agit de veiller à une répartition équitable des budgets médicaux aux diverses classes de services? Le gouvernement fédéral peut-il exercer une certaine influence, le devrait-il auprès des provinces afin de modifier le régime actuel pour que les installations, la fourniture des services soient adaptées à la réalité des années 80?

Dr. Price: Je ne connais pas aussi bien que je le devrais les rapports entre les gouvernements fédéral et provinciaux pour ce qui est de la répartition des frais. Ce qui est gênant, quand il s'agit d'élaborer un programme de portée nationale, c'est qu'il n'y a pas toute la coordination souhaitée. Par exemple, les provinces peuvent estimer qu'il est incombé de former des médecins à leur propre usage, si bien que ces derniers ne

[Texte]

feel that their responsibility is to train physicians solely for their own particular problems, and that there will not be this portability of physicians. We think that would not be in the best interest of the health of the country, and we are concerned that there is some evidence that there is too much of this polarization which would, I think, jeopardize the opportunity truly to develop an integrated, co-ordinated national program. I suspect that just as it impacts on manpower, it probably does in other areas as well. Certainly many provinces have been able, with the funds available to them, to be much more imaginative in terms of developing a health service than other provinces have.

The Chairman: Thank you, Mr Reid. I will go to Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I, too, want to congratulate you on a very well thought-out presentation and a very sensible one.

I think though that you will disturb many deans of faculties in medicine across the country by saying that 50 to 60% of the students are inadequately trained for family practice. I think the scheme that you have, or rather the program that you have enunciated and developed, is an excellent one and we all would commend you for it. Is it not equally true that there are enough on-going courses in various aspects of medicine that physicians who want to do general practice may attend and upgrade themselves? As you well know, medicine is becoming so complicated and so difficult in every field, and the advances are so rapid that it is very difficult to package different techniques of training in order to bring out many good physicians. I am sure that there are many, many good practising family physicians without that particular training and I think, too, that every university is trying very hard to give a good basic training to people in the family practice. I wonder if you would comment on that, and then I will have two or three short questions that keep coming up and that I would like your expert comments on.

Dr. Price: Your point is very well taken, sir, and one would not want to leave the impression that everyone supports the type of training that is being recommended by this college, although other parts of the world have adopted it and extended it. As a matter of fact . . . and you may be familiar with the present activities of The Canadian Medical Association—it has a task force that is looking very specifically at the training of family physicians with a view to determining whether or not the type of training that is proposed by the college is the preferred training. We are not privy to the recommendations from that task force but it is our belief and understanding that, while they may not agree that all family physicians should be trained as this college recommends, they will be recommending training beyond a one-year internship. Your point with respect to continuing medical education, one supports completely. The college was established to promote continuing medical education as a means of on-going education; we support that.

Mr. Hudecki: So, by and large, the quality of medical care that the people of Canada are getting at the family practice level is a high-grade quality, whether they have taken the prescribed program or not.

[Traduction]

pourront pas se déplacer. Nous pensons que cela ne sert pas au mieux les intérêts du pays et nous pensons qu'il y a lieu de s'inquiéter d'une trop grande polarisation qui pourrait compromettre les chances d'un véritable programme national intégré et coordonné. Si cela est vrai pour la main-d'oeuvre, c'est probablement vrai dans d'autres secteurs. Dans certaines provinces, on a pu, avec les fonds disponibles, faire preuve de beaucoup plus d'imagination qu'ailleurs pour faire prospérer les services de santé.

Le président: Merci, monsieur Reid. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Je tiens à vous féliciter pour un exposé bien documenté et très sensé.

Je pense que vous allez gêner plus d'un doyen de faculté de médecine en disant que 50 à 60 p. 100 des étudiants ne sont pas formés comme il convient pour exercer à titre de médecin de famille. Je pense que le programme que vous avez exposé et élaboré est excellent et vous méritez des félicitations. N'est-il pas vrai également qu'il existe assez de cours sur divers aspects de la médecine pour qu'un médecin qui veut s'orienter vers la médecine générale puisse améliorer ses compétences? Comme vous le savez sans doute, la médecine est une discipline si compliquée et si difficile, l'avance s'y faisant si rapidement, qu'il est difficile de condenser diverses techniques de formation permettant de qualifier un maximum de médecins. Je suis sûr qu'il existe quantités de médecins de famille qui exercent sans avoir eu le bénéfice de cette formation particulière et je suis convaincu que toutes les universités font de leur mieux pour donner une bonne formation de base aux étudiants qui s'orientent vers la médecine familiale. Qu'avez-vous à me dire là-dessus? Ensuite je vous poserai deux ou trois courtes questions car j'aimerais recueillir votre opinion d'expert sur certains sujets qui reviennent constamment.

Dr Price: Vous avez tout à fait raison monsieur et il ne s'agit pas de donner l'impression que tout le monde est acquis à la formation que préconise notre collège même si dans certains pays on l'a adoptée et même étayée. Vous connaissez sans doute les activités actuelles de l'Association médicale canadienne. L'Association a formé un groupe de travail qui se penche précisément sur la formation des médecins de famille afin de déterminer si la formation que le collège propose est celle qui vaut mieux. Nous ne connaissons pas les recommandations du groupe de travail mais nous sommes portés à croire que même si l'Association ne recommande pas que tous les médecins de famille soient formés suivant ce que le collège recommande, elle recommandera une formation au-delà de l'année consacrée à l'internat. Vous avez tout à fait raison de dire qu'il y a place à l'éducation permanente en médecine. Le collège a été fondé pour promouvoir l'éducation permanente en médecine et c'est une notion que nous appuyons entièrement.

M. Hudecki: On peut donc dire que la qualité des soins médicaux que les Canadiens obtiennent de leur médecin de famille est très élevée que les médecins aient suivi le programme que vous préconisez ou pas.

[Text]

With regard to the question you brought up of mal-distribution of doctors, those of us here in government, in Parliament, are getting many, many requests by people who are foreign-trained in medicine and by doctors who are of Canadian origin but who have attended foreign universities wanting to come back and practise. The number is accumulating considerably. So many of them want to take up, fill in the needs, in areas that are poorly manned medically. Have you had any experience with this group, and have you any comments to make on that?

Dr. Price: No, sir. We have had no direct experience with this group, although we do know that they exist, and this is a problem.

• 1155

We are concerned about the distribution of physicians. We have looked very critically at why it is that physicians are hesitant to move into some of these so-called underserved areas, and have been impressed with the acknowledgment that more often than not it is because they feel they are inadequately trained. Perhaps that is our fault—not having given the kind of broad training that is necessary.

I am encouraged, though. I happen to sit on an advisory committee to the underserved program in Ontario, and I am very impressed with the numbers of young, well-trained family physicians who are now moving into these so-called underserved areas. I think they are now better trained to do that, and the incentives are there in terms of giving them the kind of income that is realistic. I would be optimistic that if expanded that could solve the problem.

Mr. Hudecki: Would you like to make any comments about the foreign-trained doctors or those who have come from outside the country?

Dr. Rice: No. I am really not in a position to do that, sir.

Mr. Hudecki: Another question that keeps coming up before the committee all the time is the so-called assembly-line treatment of patients in the office of the family practitioner. I think they feel that many of them are inadequately examined and are not given the appropriate counselling and support they require. This is an ongoing question that keeps presenting itself. Would you make any comments on that? I guess it is an accusation rather than . . .

Dr. Rice: I would deny that personally.

Dr. Bourret, would you like to respond to that particular question?

Dr. Robert Bourret (président du Collège des médecins de famille du Canada): Je pratique depuis 25 ans dans un milieu défavorisé où la majorité des patients vivent du bien-être social ou de l'assurance-chômage. J'ai donc été de ceux, au Québec, qui ont approuvé le système d'assurance-maladie ou d'assurance-santé. Je me souviens très bien qu'au tout début, il y avait des lignes d'attente dans mon bureau, et on n'avait d'autre choix que de voir les patients très rapidement. Mainte-

[Translation]

Vous avez parlé de la piètre répartition des médecins. Nous ici au Parlement, nous recevons beaucoup de demandes de la part de médecins formés à l'étranger ou de la part de Canadiens qui ont fait leurs études dans des universités étrangères et qui veulent rentrer au pays pour exercer. Le nombre s'accroît constamment. Beaucoup d'entre eux sont prêts à répondre aux besoins là où il y a pénurie de médecins. Vous avez adressé des demandes à cet égard, avez-vous quelque chose à nous dire là-dessus?

Dr. Price: Non monsieur. Nous n'avons pas eu de contact direct avec ces candidats même si nous savons qu'il y en a et que cela cause un problème.

C'est la répartition des médecins qui nous inquiète. Nous avons fait un examen approfondi de la situation pour déterminer pourquoi les médecins craignent d'aller dans ces régions dites les moins desservies. Le plus souvent, les médecins ont admis qu'ils ne s'estimaient pas assez compétents. C'est peut-être sur nous qu'il faut rejeter le blâme de ne pas avoir fourni les stages de formation nécessaires.

Toutefois, je suis encouragé car je fais partie d'un comité consultatif en Ontario qui étudie le programme des régions moins desservies où un nombre impressionnant de jeunes omnipraticiens compétents s'en vont pour travailler. J'estime que les médecins sont mieux formés à cette fin et que les revenus sont beaucoup plus réalistes et attirants. Je serais optimiste de dire que cela pourrait résoudre le problème.

M. Hudecki: Avez-vous des commentaires au sujet des médecins formés à l'étranger ou ceux qui nous viennent de l'étranger?

Dr. Rice: Non. Je ne suis pas en mesure de commenter cette question, monsieur.

M. Hudecki: Une autre question que l'on soulève fréquemment au Comité concerne le traitement dit en vrac de patients dans le bureau du médecin de famille. Ils ont l'impression de ne pas avoir passé l'examen complet et de ne pas avoir reçu les conseils et l'appui appropriés. C'est une question que l'on soulève sans arrêt. Auriez-vous des commentaires à ce sujet? Il s'agit plutôt d'une accusation que d'un . . .

Dr. Rice: Personnellement, je refuserais d'admettre cette affirmation.

Docteur Bourret, désirez-vous répondre à cette question?

Dr. Robert Bourret (President, College of Family Physicians of Canada): I have been practising for 25 years in an underprivileged milieu where the majority of the patients are on social welfare or unemployment insurance. So I was one of those people in Quebec who was in favour of the health insurance scheme. I remember quite clearly that at the very beginning there were patients queuing up in my office and we had no other choice but to see them quite quickly. Now, with

[Texte]

nant, après nos exploits du début, le nombre de médecins augmente, et je pense qu'il est de moins en moins vrai que les gens n'ont pas le temps de parler aux médecins et qu'ils sont examinés trop rapidement. Ce n'est pas uniquement pour défendre les médecins que je dis cela, car j'ai connu un temps où je n'avais pas de choix: il fallait que je voie rapidement mes patients.

Aujourd'hui, avec le nombre croissant de cliniques, avec le nombre croissant de C.L.S.C. dans la province de Québec, avec le nombre croissant d'omnipraticiens, on peut accorder un temps raisonnable aux patients.

Ce qui m'inquiète davantage, c'est que je m'aperçois que, dans certains cas, les gens sont obligés de faire un débit plus rapide qu'ils n'aimeraient. Par exemple, les jeunes médecins du Québec qui pratiquent dans les grandes villes sont rémunérés à 70 p. 100 du tarif normal. Evidemment, ces gens-là sont obligés de faire beaucoup d'heures.

On parle beaucoup de l'accessibilité aux soins. Je pense qu'aujourd'hui, les soins sont accessibles aux gens. Je pense que n'importe où au Canada, aujourd'hui, vous pouvez téléphoner à 12 heures pour voir un médecin dans une clinique, et vous allez réussir à en voir un à 12h15 ou à 13 heures. Vous ne verrez peut-être pas nécessairement votre médecin ce jour-là. Si les gens essaient de me voir aujourd'hui, je ne serai à mon bureau qu'à 15 heures, mais pendant mon absence, quelqu'un d'autre voit mes patients.

Je pense que l'assurance-santé est venue justement parce que les soins n'étaient pas toujours accessibles il y a 15 ans. Aujourd'hui, on ne doit plus tellement parler de l'accessibilité, parce que je pense que la majorité des Canadiens ont accès aux soins. Je pense que l'on doit parler plutôt de la qualité des soins. C'est le fond de notre exposé d'aujourd'hui. On voudrait bien que les médecins, les hôpitaux, le personnel médical et paramédical aient la chance de donner cette qualité de soins que le Collège prêche depuis 30 ans. Cela figure peut-être dans le projet de loi canadienne sur la santé, mais on n'y insiste peut-être pas tellement sur cette qualité des soins.

• 1200

Quant à l'accessibilité, les gens peuvent voir le médecin assez facilement.

The Chairman: A final short question, Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Yes, my last question deals with the paragraph 3.7 on page 16. We hear various opinions, though, that there is an adequate amount of funding within the system but that the priorities are wrong, that physicians want extra-billing in order to have a lever with which to receive more and more funds. Then the whole question of what is reasonable remuneration...

Is it not so that what the physicians want should really be debated within their own system, their own colleges and within their own medical societies, that the priorities should be set there so that the societies then can present an integrated picture to the province? If it is properly spelled out and pointed out just exactly what funds are needed, then hopefully

[Traduction]

these feats behind us, the number of doctors has increased. I feel there are fewer and fewer examples of people not having time to talk to their doctors and being examined quickly. It is not only in defence of doctors that I say what I do because I knew a time when I had no choice. I had to see my patients quickly.

Today, with the increasing number of clinics and CSSC's (Community Health Centres) in the Province of Quebec, with the increasing number of general practitioners, we have time to discuss with patients.

What does concern me more is that in some cases I know that doctors have to file patients through much more quickly than they would like. For example, young doctors in Quebec practising in large cities receive 70% of the normal rate. Obviously, those people have to put in a lot of hours.

There is a lot of publicity given to the accessibility of health care today. I believe care is accessible to people today. Now, anywhere in Canada, you can phone a clinic at noon and you will be in to see the doctor at 12:15 or 1 p.m. You will not necessarily see your own doctor that day. If people try to see me I will not be in my office until 3 p.m. but while I am absent, someone else takes my patients.

I think that health care came about precisely because health care was not always accessible 15 years ago. Today we do not necessarily talk about accessibility because I think most Canadians have access to health care. I think we should rather be talking about the quality of health care. That is the basis of our presentation today. We would like doctors, hospitals, the medical and paramedical staff to have the opportunity to opt for this quality of health care that the College has been preaching for 30 years. This may be included in the Canada Health Bill, but there is still not much emphasis given to the quality of health care.

As far as accessibility is concerned, people are able to see their doctors quite easily.

Le président: Une petite dernière question, docteur Hudecki.

M. Hudecki: Oui, ma dernière question porte sur le paragraphe 3.7 qui se trouve à la page 16. On nous fait part de diverses opinions et on nous dit que le système est suffisamment financé mais que les priorités ne sont pas les bonnes, que les médecins sont en faveur de la surfacturation afin de disposer d'un levier leur permettant d'obtenir de plus en plus de fonds. Ensuite, il y a toute cette question de ce qui constitue une rémunération raisonnable.

N'est-il pas vrai que les demandes des médecins devraient faire l'objet de débat au sein de leurs propres institutions, leurs propres collèges et leurs propres associations médicales, les lieux appropriés d'établissement de priorités pour qu'ils puissent ensuite présenter un tableau intégré aux provinces? Si les priorités sont bien formulées et si l'on indique clairement

[Text]

some system will develop whereby the provinces and the federal government can reach a consensus, and in that way, satisfy the doctor and his needs. Will you tell me whether you have or have not difficulties within, say, the Ontario Medical Association or the Manitoba Health Association in working out what the general practitioner should be paid versus the specialist, and then reaching a proper consensus rather than expecting people at the federal or provincial level and government officials to work out those details?

Dr. Rice: I agree completely that it is the profession's responsibility to determine who will be paid what. I think that is what professionalism is all about and that is the profession's responsibility, assuming there is sufficient funding within the system to make available the appropriate share for services provided by physicians. But that is a point we would support. We think that is a privilege and a responsibility of the profession because that is what professionalism is about, and they should have that responsibility.

Mr. Hudecki: Is the profession not having difficulty in reaching that consensus, which in turn, makes it that much more difficult for people in government to then know what is fair and what is right?

Dr. Rice: I think it is fair to say there is significant pressure within the system that is reflected in difficulties. The profession is having difficulties in determining who should be paid what for what.

Dr. Butt may be able to expand on this, but this does create difficulties.

Dr. Butt: Mr. Chairman, there exists a good working and talking relationship between our college and the Ontario Medical Association through its appropriate subcommittees in terms of tariff. We do have an active input on the Ontario chapter, say, of our college, and this is true of all of Canada pretty well at various levels, as it was appropriate to the province. These discussions are always carried out from a college standpoint in terms of what is perceived as needed in terms of the care of the patient. We are talking about the quality of care that can be delivered. You cannot deliver quality of care on a shoe-string budget; it does cost some dollars.

In terms of that, we discussed this with the provincial medical associations, so this is how the process goes. We have done surveys. We have provided statistical information, and as far as the provincial associations are concerned, have largely been listened to; and it has worked out that way.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Hudecki.

Thank you very much, Dr. Rice, Dr. Bourret and Dr. Butt, for coming in this morning. Once again, thank you for your brief and for taking the time to talk to us this morning.

Dr. Rice: Thank you again, sir, for the privilege of meeting with the committee. Thank you.

The Chairman: I will ask Professor Blomqvist to come forward, please.

[Translation]

les fonds qui sont nécessaires, on pourra faire naître un consensus entre les provinces et le gouvernement fédéral tout en satisfaisant aux besoins du médecin. Au sein de l'Association médicale de l'Ontario ou du Manitoba, avez-vous eu des difficultés à calculer les honoraires que l'on doit verser à l'omnipraticien et ceux que l'on doit verser aux spécialistes? Si le consensus existe, on peut se fier à vous pour fixer les conditions au lieu de s'attendre à ce que les fonctionnaires des gouvernements provinciaux ou fédéral le fassent.

Dr. Rice: Je conviens tout à fait qu'il incombe à la profession de déterminer que c'est une responsabilité du corps médical, une responsabilité que doit assumer tout corps professionnel, pourvu qu'il y ait les fonds nécessaires pour financer les services offerts par les médecins. Nous serions d'accord avec cette approche. Nous croyons que c'est le privilège et la responsabilité d'un corps professionnel, voire l'essence du professionnalisme, et qui doit l'assumer.

M. Hudecki: Le corps médical, connaît-il des difficultés pour arriver à un consensus ce qui, à son tour, rend plus difficile la tâche du gouvernement qui doit déterminer ce qui est juste et équitable?

Dr. Rice: Il serait juste de dire qu'une certaine pression existe au sein du système et qu'elle est reflétée dans les difficultés que nous connaissons. Le corps médical éprouve de la difficulté à apprécier la valeur des différents services.

Le docteur Butt pourra éventuellement préciser mes commentaires. Il y a des problèmes, c'est vrai.

Dr. Butt: Monsieur le président, il y a un bon rapport de travail et un bon travail général entre le Collège et l'Association médicale de l'Ontario par le biais des sous-comités chargés de la question des tarifs. Nous participons activement au chapitre ontarien de notre collège comme à presque tous les niveaux au Canada. Les discussions tiennent toujours compte de la perspective du collège sur les besoins du patient. Il s'agit de déterminer la qualité des soins qui seront offerts. On ne peut offrir des soins de qualité avec un budget infime. Il faut de l'argent.

Pour revenir à la question, nous nous sommes entretenus avec les associations médicales des provinces. Nous avons effectué des sondages. Nous avons fourni des données statistiques et les associations provinciales ont fait attention à ce que nous avions à dire. C'était comme ça.

Le président: Merci beaucoup, docteur Hudecki.

Merci beaucoup, Dr. Rice, Dr. Bourret et Dr. Butt d'être venus ce matin. Encore une fois, je vous remercie de votre exposé et de nous avoir donné l'occasion de vous rencontrer.

Dr. Rice: Merci beaucoup, monsieur, de nous avoir accordé le privilège d'un entretien avec le Comité. Merci.

Le président: Je demanderai au professeur Blomqvist de s'approcher de la table.

[Texte]

• 1205

Order, please. As our fourth witness this morning, we are very pleased to have with us Professor Ake Blomqvist from the University of Western Ontario, a health economist.

I gather, professor, that you do not have a written brief but that you are prepared to give us a statement of your beliefs with respect to this Canada Health Act and related information and then to give us an opportunity to question you on it. Professor.

Professor Ake Blomqvist (Department of Economics, University of Western Ontario): Thanks very much, Mr. Chairman.

Let me first of all state that I only had a few days to put some rough notes together, so I will have to apologize for a little bit of roughness. Let me say, however, first of all, that I very much appreciate the opportunity to appear before the committee. While I do not represent any of the interest groups involved in health care, I have nevertheless spent a fair amount of time thinking about the problems in health care. In particular, I have been concerned with the question of how to design a system of health insurance and health services provision that is both efficient and fair. It is nice to be able to share some of the views I have come to hold with people who are directly involved in the policy process.

The most controversial part of the new Canada Health Act, of course, is that which relates to the effective banning of extra-billing by physicians and the banning of provincially-imposed hospital user fees. Most of my concerns relate to these provisions as well. In my view, it would be better if they did not become part of the Act, at least not in their present form.

As I see it, extra-billing and hospital user charges are just two examples of the same basic principle, the principle being to make the consumer of health services responsible for at least a part of the cost of the health care services or health insurance he or she receives. Put differently, they give the consumer a financial stake or a financial interest in the operation of the health care system.

Before I say something about what I think are the positive reasons why it is a good idea to have such a stake or an interest on the part of the consumer, let me first note that I do not think that the problem of patient-initiated overuse of health care facilities is very serious at the present time. In my view, the major problems with the health care sector result rather from the behaviour of those agents whose decisions in practice determine the amount of resources that are used in the health care sector—namely, the doctors.

While I do not personally subscribe to the extreme view that consumers have no real role to play in decisions concerning health care, I think one has to recognize that the only effective choice the consumer can make is to choose which doctor to go to. Once this decision is made, the doctor's superior training and specialized information means that questions like method

[Traduction]

A l'ordre s'il vous plaît. Notre quatrième témoin de ce matin, que nous sommes très heureux d'accueillir est le professeur Ake Blomqvist, de l'Université Western Ontario, économiste de la santé.

Je crois, monsieur, que vous n'avez pas de mémoire écrite mais que vous êtes prêt à nous dire ce que vous pensez de cette Loi canadienne sur la santé, et d'autres questions connexes, pour nous donner ensuite la possibilité de vous poser des questions à ce sujet. Je vous en prie.

Le professeur Ake Blomqvist (Département d'économie, Université Western Ontario): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais dire tout d'abord que je n'ai eu que quelques jours pour rédiger ces notes dont je vous prie d'excuser le décousu. Tout d'abord je voudrais vous dire cependant que je suis très heureux d'avoir la possibilité de comparaître devant le Comité. Bien que je ne représente aucun groupement s'occupant des soins médicaux, j'ai néanmoins consacré beaucoup de temps à étudier cette question et les problèmes y afférents. J'ai notamment cherché comment concevoir un régime d'assurance-maladie et de prestation de services médicaux qui soient à la fois efficace et juste. Je suis heureux de pouvoir partager certaines des vues que je suis arrivé à me faire avec des personnes directement impliquées dans le processus délibératif.

La partie la plus controversée de la nouvelle Loi canadienne sur la santé concerne bien sûr la suppression effective de la surfacturation par les médecins et des frais modérateurs imposés par les provinces dans les hôpitaux. La plupart de mes préoccupations concernent aussi ces dispositions. Il vaudrait mieux selon moi qu'elles ne deviennent pas partie de la loi du moins dans leur libellé actuel.

Selon moi, la surfacturation ainsi que les frais modérateurs hospitaliers constituent deux exemples du même principe fondamental voulant que le consommateur de services médicaux se charge d'au moins une partie du coût de ces services ou de l'assurance-maladie dont il bénéficie. En d'autres termes, le consommateur a, de la sorte, un intérêt financier dans le fonctionnement du système des soins médicaux.

Avant de dire pourquoi il me paraît valable de susciter un tel intérêt de la part du consommateur, je soulignerai tout d'abord que l'utilisation abusive des établissements de soins médicaux, décidée par les patients, ne constitue pas un problème très grave pour le moment. Selon moi, les principaux problèmes du secteur des soins médicaux tiennent plutôt à la conduite de ceux dont les décisions déterminent en pratique le volume des ressources qui sont utilisées dans le secteur des soins médicaux—je veux parler des médecins.

Bien que personnellement je n'appuie pas le point de vue extrême voulant que les consommateurs n'aient aucun rôle véritable à jouer dans les décisions concernant les soins médicaux, je pense qu'il faut reconnaître qu'à cet égard la seule intervention du consommateur est le choix de son médecin. Une fois qu'il a pris une décision à ce sujet, la formation du praticien est si poussée que c'est à lui qu'il

[Text]

of treatment and the resources to be used are essentially decided by the doctor.

The problem, of course, is that the decisions doctors have been making lately have put too much upward pressure on the cost of health care. The problem, as I see it, is getting worse as new and expensive medical technology is developed and as provincial governments try to cope with a tougher and tougher fiscal climate in an economy that is growing more slowly than it used to.

As I see it, if the system is to continue to function as well as it has in the past, doctors have to be much more concerned with the costs of health care than they have been so far.

I should perhaps say something about what I think are the reasons why doctors have not been more cost-conscious. In my view, the answer simply is that they have not had any incentive to be. As far as their own services are concerned, the incentives have been the other way—the more services they have provided, the higher their incomes have been. With respect to things like laboratory services and hospital facilities, neither doctors nor patients have any reason to choose anything but the best. Even though most physicians agree, I think, that there do exist lower-cost styles of medical care, as it is sometimes referred to, there has not been any incentive to practise those styles.

• 1210

But you may ask, if the problem lies with a lack of cost-consciousness among the suppliers of health services, why should one expect financial incentives to the consumers of health services to help solve the problem? My answer is that by giving the consumers of health care a financial interest in the way their health services are produced, one can indirectly provide incentives for doctors to become more cost-efficient. To give an example, suppose extra-billing were allowed and suppose that most doctors in the province do extra-bill their patients. That might be a situation that would arise in a province where the basic set of fees would be set at a relatively low level. Consider now a doctor who tries to make his practice more efficient by making more extensive use of nursing personnel and medical assistants, for example. By not extra-billing, such a doctor would be able to attract patients from other doctors who did extra-bill. With this kind of competitive pressure, other doctors might be forced to follow suit, and the end result might be increased physician productivity in general and an overall lower cost of health care. On the other hand, if extra-billing were not permitted, the process would never start, since patients would have no incentive to switch to the more productive doctors.

As another example, suppose a province has a system of hospital user fees. If a doctor knows that hospitalization will cost the patient money, he has at least some incentive to keep his patients out of hospital. A doctor who gets a reputation for

[Translation]

incombe de décider essentiellement de questions de traitement et d'utilisation des ressources.

Evidemment, le problème est que les décisions qu'ont prises les médecins ces dernières années ont exercé de trop fortes pressions sur la hausse sur le coût des soins médicaux. J'estime que le problème ne fait qu'empirer au fur et à mesure que se créent de nouvelles technologies médicales coûteuses, et étant donné que les gouvernements provinciaux essaient de faire face à un climat financier de plus en plus difficile, dans une économie dont la croissance est moins rapide qu'autrefois.

Il me semble que pour que le système continue à fonctionner aussi bien que par le passé, les médecins doivent se préoccuper beaucoup plus des coûts des soins médicaux qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent.

Je devrais peut-être dire pourquoi la question des coûts n'a pas davantage préoccupé les médecins. La réponse est simplement qu'on ne les a pas encouragés à s'y intéresser. C'est même l'inverse qui est vrai, puisque leurs revenus sont directement proportionnels à leurs services. En outre, pour ce qui est des travaux de laboratoire et des soins hospitaliers, aussi bien les médecins que les patients ont toutes les raisons de choisir les meilleures prestations. Bien que la plupart des médecins conviennent que les soins médicaux peuvent s'acheter à moindre coût, on ne les a pas encouragés à rechercher cet objectif.

Mais si le problème tient à un manque de prise de conscience des coûts parmi les fournisseurs de services médicaux, pourquoi des encouragements financiers aux consommateurs de ces services contribueraient-ils à résoudre le problème? Je répondrai qu'en donnant aux consommateurs un intérêt financier dans la façon dont les services médicaux sont produits, il est possible d'inciter indirectement les médecins à se montrer plus efficaces en matière de coûts. Pour vous donner un exemple, supposons que la surfacturation soit autorisée et que la plupart des médecins de la province surfacturent leurs patients. Il est possible que dans une province les honoraires de base soient fixés à un niveau relativement bas. Considérons maintenant le cas d'un médecin qui essaye de rendre ses activités plus efficaces en faisant davantage appel aux infirmières et aux assistants médicaux, par exemple. En ne pratiquant pas la surfacturation, contrairement à ses confrères, ce médecin pourrait leur prendre une partie de leur clientèle. Compte tenu d'une telle concurrence, d'autres praticiens pourraient être forcés de suivre son exemple, d'où une plus grande productivité en général du côté des médecins et une diminution globale du coût des soins médicaux. D'autre part, si la surfacturation n'était pas autorisée, le processus ne serait jamais déclenché puisque les patients n'auraient aucune raison de préférer les médecins les plus productifs.

Autre exemple: Supposons qu'une province ait un système de frais modérateurs hospitaliers. Si un médecin sait que l'hospitalisation coûtera de l'argent aux patients, il essaiera au moins de faire soigner les gens chez eux. Un médecin qui

[Texte]

overusing hospital services may end up losing patients to other doctors who do not, in a situation where the patients pay at least part of the cost of the hospital services.

Or you might even get developments such as the emergence of some kind of pre-payment plan. For example, you might get pre-paid group practices, under which a group of doctors agree both to provide physician services and to pay for all or part of their patients' hospital user fees in return for a periodic pre-payment fee. In the absence of any kind of user fees, patients have no incentive to join group practices, even if such practices make it possible to provide quality care with less use of hospital services and therefore at lower cost than traditional fee-for-service solo practice.

To sum up my remarks, therefore, my opposition to the banning of extra-billing or the banning of user fees is not based on any belief that user charges are necessary because of any problems of patient-induced overuse of health services, or anything of that kind. However, I think the principle of giving the user of health services a financial interest in the cost of his or her own use of such services is potentially useful as an indirect way of increasing the competitiveness and cost-consciousness among those who supply health services or who make the decisions which ultimately determine how much these services are going to cost.

Now let me very briefly say something about the basic opposition to user fees of any kind. The main reason for this opposition is based on the view that such fees represent a reduction in the access of poor people to adequate health services. I do not have time to get into any detailed consideration of this view, though perhaps we can take it up a little bit in the question period later on. But I would like to make a couple of observations.

First, it is always possible to design a policy package which involves offsetting transfers to poor people as well as the introduction of health care user fees. If the introduction of health care user fees is combined with a reform of the welfare system or the system of income support and it is done properly, there is absolutely no reason why poor people, on average, should become worse off under a system with user fees.

Secondly, it has never been clear to me that asking people to pay for some parts of the health services they consume is any more reprehensible than asking poor people to pay for food and other necessities, especially if there is an upper limit on the total amount that an individual would have to pay during a given year. In my opinion, the fundamental requirement of a decent system of public health insurance is that it must guarantee that nobody is denied treatment for serious illness for financial reasons. This requirement, however, does not rule out limited user fees as long as we have a decent welfare system or a decent system of income support. In such a system poor people would have enough resources to pay for user fees in health services as well as for other necessary goods and services.

[Traduction]

acquiert la réputation d'utiliser exagérément les services hospitaliers peut finir par perdre des patients qui s'adresseront à ses confrères plus modérés à cet égard, s'ils doivent au moins une partie du coût des services hospitaliers.

Il pourrait même y avoir certains programmes à paiements anticipés en vertu desquels un groupe de médecins conviendrait d'assurer des services médicaux et de payer la totalité ou une partie des frais modérateurs hospitaliers de leurs patients en échange d'un honoraire périodique correspondant à un paiement anticipé. En l'absence de frais modérateurs, les patients ne sont nullement encouragés à s'adresser à des groupements de praticiens, même si ces derniers rendent possible la prestation de soins de qualité avec un moindre recours aux services hospitaliers, et donc à un coût moindre que le service traditionnel à tant d'honoraires par service.

Par conséquent, pour résumer mes remarques, mon opposition à la suppression de la surfacturation ou des frais modérateurs n'est pas fondée sur la conviction que les frais imposés à l'utilisateur sont nécessaires à cause d'une utilisation exagérée des services médicaux par les patients, ou autre chose de cette nature. Je pense qu'accorder au consommateur de services médicaux un intérêt financier dans le coût d'utilisation de tel service risque d'être utile pour augmenter indirectement la concurrence et la prise de conscience des coûts parmi ceux qui fournissent les services médicaux ou qui prennent les décisions déterminant en fin de compte quel sera le coût de ces services.

Permettez-moi de dire brièvement quelques mots sur l'opposition radicale aux frais modérateurs. La principale raison de cette opposition est fondée sur l'idée que ces frais réduisent l'accès des pauvres à de bons services médicaux. Je n'ai pas le temps d'examiner en détail cette opinion, bien que nous puissions peut-être y revenir plus tard dans la période de questions. Mais je voudrais faire quelques observations.

Tout d'abord, il est toujours possible de concevoir un programme prévoyant à la fois des transferts de compensation aux pauvres et l'adoption de frais modérateurs relatifs aux soins médicaux. Si l'adoption de cette dernière mesure s'accompagne d'une réforme du régime de bien-être social ou de soutien du revenu, et qu'elle se fasse de façon adéquate, il n'y a absolument aucune raison que les pauvres, en moyenne, soient moins bien lotis dans un système comprenant les frais modérateurs.

Deuxièmement, je n'ai jamais bien compris pourquoi demander au public de payer une partie des services médicaux qu'il consomme est plus répréhensible que de demander aux pauvres de payer leur alimentation ou d'autres biens de nécessité, surtout lorsqu'un plafond est fixé au total que chacun doit payer pour une année donnée. Selon moi, le critère fondamental d'un système décent d'assurance médicale publique est qu'il doit garantir que personne ne se voit refuser un traitement en cas de maladie grave pour des raisons financières. Cependant, ce critère n'interdit pas des frais modérateurs limités, pour autant que nous avons un bon régime de bien-être social ou de soutien du revenu. Dans ces conditions, les pauvres auraient suffisamment de ressources pour payer leurs frais modérateurs lorsqu'ils sont malades,

[Text]

If you will give me a minute to sum up the basic thrust of my remarks . . .

• 1215

First, I do not think there is at present any great need for user fees as a way to dissuade consumers from overusing Canada's health care system. I think that issue is pretty much a red herring. At the same time, I also think the perception of limited extra-billing or user charges as a serious threat to the principle of accessibility is a bit of a red herring as well.

Provided that the total amount of any user charges remains limited, I do not see why one should object to user charges for health care services any more than one objects to poor people paying for their own food or housing. If a person is too poor to afford to pay for health services user charges, they are probably too poor to afford as well a reasonable standard of food and housing. The root of the problem is then just an adequate income, not the user charges.

Finally, I can see one strong advantage of leaving the possibility open for provinces to charge some kinds of user fees or allow extra-billing. It gives consumers a financial interest in the cost of their own health care, and this makes it worthwhile for doctors to try to attract patients by designing efficient low-cost styles of medical care rather than by just offering "the best, regardless of cost".

In my view, it would be ill-advised to close off the opportunity for provinces to experiment with the various types of incentive schemes of this kind by categorically banning user fees or extra-billing.

Thank you.

The Chairman: Thank you, professor, and thank you so much again for coming here at short notice and for your comments this morning.

I will start off with Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Blomqvist has led us through some interesting arguments regarding his concepts of the effect of extra-billing and user fees on the costs of medical care and what motivates people to be cost-efficient, particularly the physicians.

I note from the briefing note that we have from the researcher on our committee that Dr. Blomqvist had his undergraduate training in the Stockholm School of Economics and his post-graduate training in Princeton. His earlier training was in one country which has been well-known throughout the world as a leader in welfare systems, and yet he ended up in a country that is probably the other extreme. I would be very interested to know if he could relate to us some

[Translation]

aussi bien que les autres biens et services qui leur sont nécessaires.

Si vous voulez bien m'accorder une minute pour résumer mes remarques . . .

Tout d'abord, je ne pense pas qu'il soit actuellement très nécessaire d'envisager des frais modérateurs pour dissuader les consommateurs d'abuser du système canadien de soins médicaux. Je pense que cet argument est un leurre. Je pense aussi que considérer la surfacturation ou des frais modérateurs modérés comme une menace grave au principe de l'accessibilité constitue aussi un leurre.

Pourvu que le total des frais modérateurs reste limité, je ne vois pas pourquoi il faudrait s'opposer à ce qu'ils soient imposés pour les services médicaux, alors que l'on ne s'élève pas contre le fait que les pauvres doivent payer leur propre alimentation ou leur logement. Si quelqu'un est trop pauvre pour se permettre de payer les frais modérateurs relatifs au service de santé, il est probablement trop pauvre pour se permettre aussi un niveau de vie raisonnable en matière d'alimentation et de logement. L'origine du problème concerne donc un niveau de revenu satisfaisant plutôt que les frais modérateurs.

Finalement, je vois un argument très valable dans le fait de laisser aux provinces la possibilité d'imposer certains frais modérateurs ou d'autoriser la surfacturation. Cela donne aux consommateurs un intérêt financier dans le coût de leurs propres soins médicaux, tout en poussant les médecins à essayer d'attirer des patients en leur offrant des soins médicaux à coûts modérés plutôt qu'en se contentant de leur donner «le mieux, à n'importe quel coût».

Selon moi, il serait mal avisé de retirer aux provinces la possibilité d'expérimenter divers programmes d'incitation de ce genre en refusant catégoriquement les frais modérateurs ou la surfacturation.

Je vous remercie.

Le président: Merci monsieur, je vous remercie encore une fois d'être venu dans de si brefs délais et de nous avoir présenté de très utiles remarques ce matin.

Je commencerai par le docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

M. Blomqvist nous a présenté quelques arguments intéressants sur ce qu'il estime être les répercussions de la surfacturation et des frais modérateurs sur les coûts des soins médicaux, et il a parlé de ce qui incite les gens et en particulier les médecins à être plus conscients des coûts.

Je constate d'après la note que nous a donnée le chercheur du Comité que M. Blomqvist a fait ses premières années d'études supérieures à la faculté d'économie de Stockholm et ses études de doctorat à Princeton. Il a donc commencé à étudier dans un pays bien connu dans le monde comme un modèle d'État-providence, or il se retrouve dans un pays qui se situe probablement à l'autre extrême. Pourrait-il nous faire

[Texte]

of his knowledge about the Swedish system of health care, which presumably is . . .

Mr. Breau: And then he ends up in southwestern Canada.

Mr. Halliday: That is right. Well, maybe he can help us here in Canada, because he would know what has happened in Sweden, I am sure, better than perhaps most of us. I have some understanding that they are increasing the private involvement of people in paying for their health services more than they had previously, and I am wondering what the explanation for that is. This is happening in a country that has been so noted for providing adequate services of all types in the welfare system. It is a bit of a paradox if they are moving that way and we seem to be moving the other way to cutting out entirely the consumer from any involvement. I am wondering if he can tell us why that is happening in Sweden, if indeed it is, and what he thinks the effect will be here in Canada of our going the opposite way.

Dr. Blomqvist: Mr. Chairman, I am not all that familiar with what has happened in the last few years in the Swedish system, though I think you are right in the sense that there is perhaps a little bit more emphasis than there used to be on private practice of medicine that had been so severely restricted. What I do know is that, first of all, the Swedish system of health care is very, very expensive, relatively speaking. The usual measure that economists like to use of the expensiveness of a health care system is the proportion of total national income that goes to providing for health care. The Swedes and the Americans, at the latest statistics I have seen, led the list with something like over 10% between . . . I think it is well over 10% at this point.

The Swedish system has given rise to a great deal of dissatisfaction amongst the patients. The way people have been trying bureaucratically to cut costs in the Swedish system has been by increasing centralization, and there has been a great deal of patient dissatisfaction, and also physician dissatisfaction, with the way the system has evolved, in the sense that patients have been complaining about the impersonal nature of treatment in very large institutions. Physicians have been complaining about the lack of incentives and the lack of job satisfaction operating in a system where they are essentially paid on salary, which is becoming the predominant mode of treatment.

• 1220

The other thing that has always been a part of the Swedish system has been a user charge, ever since the 1960s, or I do not know how far back. In spite of the fact that they have a 100% coverage health insurance system, such as we have, they have always had a uniform user charge, both for physician visits and for hospital visits. I have no comment on that, other than that obviously, if one takes Sweden as a model of what a welfare state should be, at least as far as health care is concerned that model does not exclude user fees.

What I think is perhaps a bit more important example, from a Canadian viewpoint, is what has happened in the British system. The British system has been extremely inexpensive,

[Traduction]

part de ce qu'il connaît du régime suédois de soins médicaux, qui est probablement . . .

M. Breau: Il se retrouve dans le sud-ouest du Canada.

M. Halliday: C'est exact. Il pourrait peut-être nous aider ici au Canada, car il sait sans doute mieux que nous tous ce qui s'est passé en Suède. Je crois savoir que ce pays fait davantage participer les citoyens au coût des services médicaux, et j'aimerais savoir pourquoi. Cette mesure intervient dans un pays réputé pour sa propension à offrir toutes sortes de services sociaux. Il me paraît un peu paradoxal de voir qu'il s'oriente dans ce sens, alors que nous semblons adopter la voie inverse en retirant entièrement toute la participation du consommateur. Le témoin pourrait-il nous dire pourquoi les choses se passent ainsi en Suède, si tel est le cas, et ce qui se passerait au Canada si nous allions dans le sens opposé.

M. Blomqvist: Monsieur le président, je ne sais pas du tout ce qui s'est passé en Suède au cours des dernières années, mais je pense que vous avez raison de dire que l'on insiste peut-être davantage sur la médecine privée, qui était auparavant assujettie à des restrictions très sévères. Je sais tout d'abord que le système médical suédois est extrêmement coûteux relativement parlant. Le critère que les économistes aiment en général utiliser pour déterminer la cherté d'un système de soins médicaux est la proportion du total du revenu national consacrée à la santé. D'après les toutes dernières statistiques que j'ai observées, les Suédois et les Américains sont en tête de liste avec un peu plus de 10 p. 100 entre . . . Je pense qu'il s'agit de plus de 10 p. 100.

Le système suédois a suscité beaucoup de mécontentement chez les patients. On a essayé de réduire les coûts par une mesure administrative de centralisation accrue, et la façon dont le système a évolué a mécontenté considérablement aussi bien les patients que les médecins, les premiers se plaignant des traitements impersonnels offerts par de très grands établissements. Les médecins, quant à eux, se plaignent du manque d'encouragement et de l'absence de satisfaction professionnelle dans un système où ils sont essentiellement rétribués selon un salaire, ce qui devient le mode de traitement prédominant.

Les frais modérateurs sont l'autre élément qui a toujours fait partie du système suédois, depuis les années 60 ou peut-être même avant. Bien que le régime d'assurance maladie couvre la totalité des frais, comme dans notre système, la Suède a toujours imposé des frais modérateurs uniformes aussi bien pour les visites chez le médecin que pour les visites à l'hôpital. Je me contenterai de dire à ce sujet que si l'on considère la Suède comme un modèle d'État providence, du moins en ce qui concerne la santé, ce modèle n'exclut pas les frais modérateurs.

Ce qui me paraît peut-être un exemple un peu plus important, du point de vue du Canada, est ce qui s'est passé dans le système britannique. Ce dernier est très peu coûteux, relative-

[Text]

relatively speaking. They were spending less than 6% in the mid-1970s of their GNP on health care, versus 7% to 8% in Canada and their GNP is smaller. What has been happening in the British system, of course, is that there you have gotten the principle of a two-class system of medicine with a vengeance, a situation where the National Health Service, which is available to all citizens free of charge, has not been very costly but has been of sufficiently low quality that a large number of the people who could afford to do so have been getting themselves private coverage outside of the National Health Service. As I understand it, in the last few years, during the Thatcher regime, the role of private medicine in that sense has expanded very rapidly. We are now talking not just of doctors' in the United Kingdom practising privately on the side, outside of the National Health Service, we are talking about people doing full time private practice and we are talking about private hospitals, which subsist on the revenues they get from private health insurance and private payments.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, thank you. Dr. Blomqvist has raised for the first time this morning, I guess, the issue of the so-called two classes, or two-tiered system of health care. It is alleged that we do not really have that now, but if we do not implement Bill C-3, we are going to have two-tiered health care in this country. That is what the Minister alleges, and many others. I am wondering if Dr. Blomqvist agrees that the only way to remove the threat of two-tiered medicine is to implement Bill C-3, or whether he has other views on it.

Prof. Blomqvist: I may say, first of all, that I really get sort of irritated and annoyed, to put it mildly, at the concept of a two-tiered system of medicine, at least as the expression is used here in Canada is concerned. We use it, as far as I can tell, to make the observation that there are different qualities of medicine. Two-tiered medicine, here in Canada, has come to mean that some people get better medical treatment than others. That, of course, has always been the case. People in the north have always gotten medical treatment that is of a different quality, perhaps, or of a lower quality, than have people in the southern parts of Canada, and so forth. Toronto is an over-doctored city, it is well known, as is London, incidentally. So, from that point of view, there is absolutely no question that even in a system where the user charges are zero we have different qualities of medicine, and to characterize any system where different people get different qualities of medical care as a two-class system is just, as far as I am concerned, absolutely meaningless.

A two-class system, as far as I am concerned, results when you have a situation, as in Britain, where on the one hand, if you care to, you get access to the National Health Insurance, free of charge... there is absolutely no cost. The only other alternative you have is to go to an entirely private, self-financed system, whereby you pay for your own health care on a fee for service basis, or on a private health insurance basis.

As I understand Bill C-3, it is not a matter in principle of banning extra-billing, it is a matter of saying that a doctor can extra-bill, but if he does, as in Quebec, he will then not be

[Translation]

ment parlant. Au milieu des années 1979, le Royaume Uni consacrait moins de 6 p. 100 de son PNB à la santé, par rapport à 7 à 8 p. 100 pour le Canada, qui a un PNB inférieur. Un système de médecine de deux classes s'est instauré dans le système britannique, et le service national de santé offert gratuitement à tous les citoyens n'a pas été très coûteux; mais sa qualité n'étant pas suffisante, un grand nombre de personnes qui pouvaient se le permettre ont décidé de se faire soigner à l'extérieur de ce service national. Ces dernières années, durant le gouvernement de M^{me} Thatcher le rôle de la médecine privée s'est très rapidement développé. Nous ne parlons pas seulement de médecins qui, au Royaume-Uni exercent dans le secteur privé à l'extérieur du service national de santé; nous parlons de médecins travaillant à plein temps dans le privé, nous parlons aussi d'hôpitaux privés dont les revenus proviennent de régimes privés d'assurance maladie et de paiements directement versés par leur clientèle.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président. M. Blomqvist a soulevé pour la première fois ce matin, je crois, la question bien connue des deux catégories de soins médicaux. Ce phénomène n'existerait pas pour le moment au Canada, mais certains estiment que si nous n'adoptons pas le projet de loi C-3 nous aurons deux catégories de médecins au Canada. C'est du moins ce que prétend le ministre, comme beaucoup d'autres. M. Blomqvist pense-t-il que la seule façon de supprimer cette menace d'une médecine de deux catégories est d'adopter le projet de loi C-3, ou est-ce qu'il a d'autres idées à ce sujet?

M. Blomqvist: Je dirai, tout d'abord, et je vais peser mes mots, que cette notion d'un système médical de deux catégories—c'est du moins l'expression utilisée ici au Canada—m'exaspère. Nous semblons vouloir dire par là qu'il existe différentes qualités de médecine. La médecine à deux catégories signifierait ici au Canada que certaines personnes sont mieux traitées que d'autres médicalement parlant. Cela a toujours été le cas, naturellement. Dans le Nord, les gens ont toujours eu des soins médicaux d'une qualité différente, peut-être moindre, que les gens du Sud du Canada, et ainsi de suite. Il est bien connu qu'il y a un surplus de médecins à Toronto, ce qui est vrai aussi de London, soit dit en passant. Par conséquent, de ce point de vue, il est indéniable que même dans un système où l'on n'utilise pas de frais modérateurs il existe différentes qualités de médecine, et caractériser tout système dans lequel différents citoyens obtiennent des soins médicaux de qualité différente comme un système à deux catégories ne veut, selon moi, absolument rien dire.

Selon moi, il existe un système à deux catégories lorsque, comme en Grande Bretagne, il est possible de bénéficier gratuitement de la sécurité sociale nationale. La seule autre possibilité est de passer par un système entièrement privé, autofinancé, dans lequel on paie ses propres soins médicaux au moyen d'un honoraire par service, ou grâce à une assurance médicale privée.

D'après mon interprétation du projet de loi C-3, il n'est pas question d'interdire la surfacturation, mais de dire qu'un médecin peut surfacturer ses patients, mais dans ce cas,

[Texte]

eligible for any payment from the public health insurance. That guarantees a two-class system. People who are poor or who are middle-income people will just go to doctors who do not extra-bill, because that is the only way they will not have to pay anything. Any doctor who does decide to extra-bill at all, because he takes a longer time with his patients or for whatever reason, will only attract a very small number of very high income people, because they are the only ones who will be able to afford to pay the full fee. It is when you create that kind of gap, between that and the sort of run-of-the-mill health service available for the rest of us who are not rich enough to afford full coverage or private insurance, that you get a two-class system. A system of small user fees, as far as I am concerned, has absolutely nothing to do with the concept of two-tiered medicine.

The Chairman: Thank you, Professor. I will go to Mr. Breau.

• 1225

Mr. Breau: Well, that is an interesting way to start my questioning. I believe if someone had the assurance, as the professor seemed to have, that you could have such a thing as small user fees or small extra-billing, I suppose I would be inclined at least to start to agree with him. The problem we have in this country at this time is there is no way anyone can have an assurance that user fees or extra-billing will remain small. What we are talking about here is deciding if we are going to take the risk of going the way of a totally private system or maintain a public system. It seems to me that his argument about the advisability of user fees and extra-billing would make sense if somehow we had a control, or a concept of control, to stop the spread of extra-billing and the dangers towards accessibility, and on the other hand, the dangers of opening up leaks in the sources of funding which could bring our system out of control, fragmented as it is in the United States. Would you not agree that in the absence of any agreed control his argument does not really have the same value?

Mr. Blomqvist: Yes, Mr. Chairman, two comments. First of all, as an economist, I cannot omit saying something to the effect that the ultimate insurance against overcharging by suppliers of anything is competition from other suppliers, so in that sense there is no limit to the amount of extra-billing that doctors can engage in. There will always be competition, some degree of competition, among doctors for patients and so a doctor who just ...

Mr. Breau: Only in places where there is an adequate supply of doctors.

Mr. Blomqvist: That is correct.

Mr. Breau: Where there is a shortage of doctors there would never be such competition.

Mr. Blomqvist: Then of course if there is an absence of competition and very high doctor incomes in certain localities, new doctors would presumably have an incentive to move in

[Traduction]

comme au Québec, il n'aura droit à aucun paiement de l'assurance médicale publique. Cela garantit un système à deux catégories. Ceux qui sont pour ou qui ont des revenus moyens s'adresseront aux médecins qui ne font pas de surfacturation, car c'est la seule façon pour eux de ne rien payer. Tout docteur qui décide de surfacturer, car il passe plus de temps avec ses patients, par exemple, n'attirera qu'un très petit nombre de personnes à très haut revenu, qui seront les seules à pouvoir payer la totalité des honoraires. C'est quand vous créez cet écart entre cela et les services moyens disponibles à tous les autres qui ne sont pas suffisamment riches pour se permettre de payer la totalité des honoraires ou d'acheter une assurance privée, que vous obtenez un système à deux catégories. Pour ma part, un système de frais modérateur limité n'a absolument rien à voir avec le principe d'une médecine à deux classes.

Le président: Merci, monsieur. Je donne la parole à M. Breau.

M. Breau: Voilà une bonne façon de commencer mes questions. Je pense que si quelqu'un avait l'assurance—comme le professeur—qu'il serait possible de limiter les frais modérateurs ou la surfacturation, je commencerais à être d'accord avec lui. La difficulté, c'est qu'actuellement personne ne peut nous assurer que les frais modérateurs ou que la surfacturation resteront minimes. Il s'agit de décider si nous allons prendre le risque de privatiser entièrement le système ou de maintenir un système public. Il me semble que cet argument sur la validité des frais modérateurs ou de la surfacturation aurait un sens si nous avions un moyen de freiner l'étendue de la surfacturation et de réduire le risque d'une moindre accessibilité; il ne faut pas oublier d'autre part les dangers qu'il y a à ouvrir dans les sources de financement des brèches susceptibles d'amener une anarchie dans le système et d'entraîner son éclatement comme aux États-Unis. Ne pensez-vous pas qu'en l'absence de tout contrôle sur lequel on pourrait s'entendre, son argument n'a pas vraiment la même valeur?

M. Blomqvist: Oui, monsieur le président; j'aurais deux remarques. Tout d'abord, en tant qu'économiste, je ne peux pas m'empêcher de dire quelque chose à l'effet que l'assurance ultime contre de trop grands frais imposés par les fournisseurs de quoi que ce soit est la concurrence émanant d'autres fournisseurs, de sorte qu'à cet égard la surfacturation que peuvent imposer les médecins n'a pas besoin d'être assujettie à aucune limite. La concurrence existera toujours, dans une certaine mesure, entre les médecins pour obtenir des patients, et un médecin qui simplement ...

M. Breau: Seulement dans les endroits où il existe suffisamment de médecins.

M. Blomqvist: C'est vrai.

M. Breau: Cette concurrence n'existerait jamais lorsqu'il y a une pénurie de médecins.

M. Blomqvist: Dans ce cas s'il n'existe pas de concurrence dans certaines localités, le fait que les revenus des médecins sont très élevés en attirera beaucoup d'autres. Mais cela dit ...

[Text]

response to the high incomes in those localities. Having said that though...

Mr. Breau: That is not the way it has been going in Canada.

Mr. Blomqvist: You see my view is, although I did not have time to get into it here, that if there is a positive role for the Canada Health Act to play with respect to controlling extra-billing, my preference would be to see that role played by putting an upper limit on the total amount of private payments a patient would be subject to. So in that sense I agree with you.

I do think an open-ended system of extra-billing does have the disadvantage that certain people, in certain localities, in fact will not be able to avoid extra-billing, and if there is no upper limit on the total amount for which an individual becomes liable, then you may create serious hardships in certain circumstances. Although the hardship would be most severe for poor people obviously, and the doctors who do extra bill tell us that they do not impose extra-billing on their poor patients. On the other hand, I would personally agree that I do not like to see a system where a poor person is dependent on the doctor's goodwill in order to avoid financial disaster, and so from that point of view I would agree with you.

Mr. Breau: Well we have entered the discussion. One of the first questions I had is the question of competitions among doctors. I happen to think that in a country like Canada this may not be the same in smaller countries geographically. We will always have a distribution problem of physician manpower, and that is not always affected by "physicians income". Maybe related to infrastructure? Maybe related to research facilities? Maybe related to other things that the doctor wants, but he only finds in certain cities like London, Moncton, Halifax and Ottawa. But Toronto, well you have to be crazy to live in Toronto.

The Chairman: Caution, Mr. Breau.

Mr. Breau: It seems to me that the advantages you see in this competition would be impaired by these natural tendencies in a country like this to all live in cities for reasons other than income.

Mr. Blomqvist: Well, it is reasonably clear that various kinds of non-pecuniary advantages of living in big cities will make people and doctors willing to live in those kinds of cities even if their incomes are a little bit lower than they would be elsewhere. But it clearly is not an all or nothing proposition. At the present time we have no way of trying out the possibility of inducing doctors to go to underserved areas by offering somewhat higher income opportunities in those underserved areas.

• 1230

Mr. Breau: That is what they do in Quebec. They have a structured payment in Quebec and a fee schedule. They get less in the cities, I believe, generally speaking, and more in certain defined areas.

[Translation]

M. Breau: Ce n'est pas ce qui se passe au Canada.

M. Blomqvist: Je pense à ce sujet—bien que je n'aie pas eu le temps d'en parler ici—que si la Loi canadienne sur la santé peut jouer un rôle positif dans le contrôle de la surfacturation, je voudrais que ce soit en imposant une limite supérieure au montant total des paiements privés auxquels un patient serait assujéti. Par conséquent dans ce sens je suis d'accord avec vous.

Je pense qu'un système de surfacturation non limité présente des désavantages, car dans certaines localités certaines personnes ne pourront pas éviter la surfacturation, et s'il n'existe pas de plafond au total qu'une personne doit payer, on peut dans certains cas créer de grandes difficultés. Bien que ces difficultés puissent être évidemment plus graves pour les pauvres... Quoi qu'il en soit, les médecins qui imposent une surfacturation nous ont dit ne pas l'imposer à leurs patients qui sont pauvres. Par ailleurs, personnellement je n'aimerais pas d'un système où les pauvres dépendraient de la bonne volonté du médecin pour éviter des catastrophes financières, et de ce point de vue je suis d'accord avec vous.

M. Breau: Nous sommes maintenant au coeur de la discussion. L'une des premières questions que je voulais poser concerne la concurrence entre les médecins. Je pense que dans un pays comme le Canada cette question n'intervient pas autant que dans des pays géographiquement plus petits. Nous aurons toujours un problème de répartition des médecins, et alors le revenu n'intervient pas toujours. S'agit-il plutôt de l'infrastructure? Des installations de recherche ou d'autres facteurs qui sont importants pour les médecins et qu'ils ne trouvent que dans certaines villes comme London, Moncton, Halifax et Ottawa. Mais il faut être fou pour vivre à Toronto.

Le président: Attention, monsieur Breau.

M. Breau: À mon avis, les avantages qui existent selon vous dans cette concurrence seraient compromis par la tendance naturelle qu'il y a dans un pays comme celui-ci à vivre dans des villes pour des raisons autres que le revenu.

M. Blomqvist: Il est raisonnablement clair que divers avantages non pécuniaires de la vie dans des grandes villes pousseront des gens et des médecins à vouloir y vivre même si leurs revenus sont un peu moins élevés qu'ailleurs. Mais ce principe n'est pas absolu. Actuellement nous n'avons aucun moyen de déterminer si un plus grand revenu inciterait des médecins à aller s'installer dans des régions insuffisamment dotées de services médicaux.

M. Breau: C'est justement ce qui se passe au Québec. Il existe une certaine structure de paiement de même qu'une échelle de taux. Les paiements sont moindres dans les villes, de façon générale, et plus élevés dans certaines régions bien définies.

[Texte]

Professor Blomqvist: My view would be that if those incentives are made sufficiently attractive, there should be no reason why one should not be able to solve the problems. It is true that living in big cities is cheaper; it is cheaper to provide medical care in big cities, just as it is cheaper to provide food in Toronto than it is to provide food in the Northwest Territories. The higher cost of providing some of these things is what you pay for when you decide to live there, rather than live in a place where the cost of living is cheaper. Again, you can ask the question whether that is fair; if you do not think it is, then my view would be that you compensate for that by income support to people who live in areas where the cost of living is high, not by providing certain services at controlled prices.

Mr. Breau: My point was that the issue of competition would be negated by these tendencies of people to live in cities, particularly professionals, for reasons other than their own income.

Now to another dimension of your presentation. You say that you could probably solve the problem of accessibility by improving the welfare system or improving the income maintenance system. That is all right for people at the lower, lower end of the income scale who qualify for welfare.

Professor Blomqvist: Right.

Mr. Breau: As you know, an incredible number people, more and more people, at the lower end of the middle income, do not qualify for welfare. To any designation that I see in the country here, realistically I cannot see their qualifying for welfare.

Professor Blomqvist: Right.

Mr. Breau: They qualify maybe for negative income tax or that sort of thing. These people who do not qualify for welfare, it seems to me, are the ones, I think, for whom I am more concerned about accessibility. Those on welfare probably can get around the impediments through the help of the social worker or somehow through a doctor or a hospital, but that person at the lower end of the middle-income group—which is growing, as you know, that group is really ballooning—is the one who would be very hard hit, and whom we could not deal with through your approach.

Professor Blomqvist: May I respond to that just briefly?

My basic idea is that if I am right so that user fees might potentially result in a little bit more efficiency in the delivery of medical care, then one way or the other there are going to be savings in the cost of medical care. Those are going to be savings to the taxpayers. What we have to decide subsequently is how those savings to the taxpayer are going to be distributed amongst the population—by increasing income support at the low end, by reducing taxes at the middle income level and what have you. My view is that as long as there are net savings in the cost of health care, then we can take those net savings and compensate those particular groups who, we think, are especially hard hit by the user fees. There will be net savings.

[Traduction]

M. Blomqvist: Si les mesures d'incitation sont suffisamment intéressantes, il n'y a pas de raison que le problème ne se règle pas. Il est vrai que la vie dans les villes est moins chère, que la prestation des soins médicaux y est moins chère, de la même manière qu'il en coûte moins cher pour se nourrir à Toronto que dans les Territoires du Nord Ouest. Lorsqu'on décide d'aller s'installer dans des régions comme celle-là, on s'attend à payer plus cher. Si, à votre avis, c'est injuste, il me semble que vous devez rétablir l'équilibre en complétant les revenus de ceux qui vivent dans de telles régions où le coût de la vie est élevé, et non en maintenant certains services à des prix contrôlés.

M. Breau: Ce que je dis, c'est qu'il n'y aurait quand même pas une concurrence loyale à cause de cette tendance des gens, en particulier des professionnels, à vivre dans les villes, et ce pour des raisons autres que les raisons liées au revenu.

Un autre point ressort de votre exposé. Vous dites qu'on pourrait probablement régler le problème de l'accessibilité en améliorant le régime de bien-être social ou le régime de maintien du revenu. Ce serait probablement vrai pour les gens qui se trouvant au bas de l'échelle des revenus seraient admissibles au bien-être social.

M. Blomqvist: Oui.

M. Breau: Mais vous n'ignorez pas qu'il y a de plus en plus de gens qui se trouvent au bas du milieu de l'échelle et qui ne sont pas admissibles au bien-être social. En vertu des critères existant au pays, je ne vois pas comment ils pourraient y être admissibles.

M. Blomqvist: C'est juste.

M. Breau: Ils pourraient peut-être profiter de l'impôt négatif ou de mesures semblables. Cependant, ils ne sont pas admissibles au bien-être social, et c'est à leur sujet que le problème de l'accessibilité m'inquiète. Les assistés sociaux pourraient probablement se tirer d'affaire en faisant appel à un travailleur social, à un médecin ou à un hôpital. Cependant, les personnes qui ont de faibles revenus ou des revenus moyens, et leur nombre grandit, comme vous le savez, seraient les plus touchés, et votre approche ne ferait rien pour améliorer leur situation.

M. Blomqvist: Puis-je répondre brièvement?

Si j'ai raison lorsque je dis que l'imposition de frais modérateurs aura pour effet d'améliorer quelque peu la prestation des soins médicaux est juste, des économies doivent être réalisées dans cette prestation, et ces économies doivent profiter directement aux contribuables. Il reste à déterminer comment elles peuvent être distribuées aux contribuables. Or cette distribution peut prendre la forme d'une aide à ceux qui touchent de faibles revenus, d'une réduction d'impôt pour ceux qui ont des revenus moyens ou une autre forme semblable. Selon moi, s'il y a des économies nettes dans le coût de la prestation des soins de santé, ces économies peuvent être utilisées pour venir en aide aux groupes qui sont particulièrement touchés par les frais modérateurs. Des économies nettes sont réalisées.

[Text]

The Chairman: Your last question.

Mr. Breau: Your assumption that there will be savings is not borne out in the United States where it is totally privately financed, or just about, and the overhead is 10% more than in Canada... 10% off the total expenditure—and where you have a fragmented system from the point of view of sources of funding, which has led to inefficiency. Yes, that is right.

May I just say something about that?

The Chairman: You can answer that.

Mr. Breau: You have unlimited time. It is just me he is cutting off. He is from Toronto, you see.

Professor Blomqvist: The fact that the American system is very high-cost and seems to function very badly in certain areas, is often taken as an argument against any kind of use of financial incentives and in favour of a publicly funded system in Canada. I think it is important to recognize that in the United States everybody over 65 is covered by a public health insurance plan, similar to the one we currently have in Canada, as is everybody on welfare. Those two groups account for a very substantial proportion of the total number of people covered by health insurance in the United States. They operate under a publicly funded system just like our system is.

Secondly, the American tax system treats health insurance provided by the employer as a non-taxable benefit which is equivalent to a 30% to 40% subsidy off the purchase of private health insurance, which means that all sorts of people in the United States, who are neither over 65 nor on welfare, are usually covered by very comprehensive employer-funded health insurance.

• 1235

Mr. Breau: But there is no control on the physician.

Prof. Blomqvist: The third thing I think is worth pointing out is that in the United States the American Medical Association is one of the strongest lobbying groups in the country and they have succeeded in bringing in a large number of pieces of legislation, at the state level and at the federal level, which is anti-competitive. It is quite true that a necessary condition for the kinds of reforms that I am advocating, using user charges and so forth in conjunction with increased competitiveness between doctors, presupposes that the lobby of physicians in Canada is not successful in bringing in the same kind of protective, anti-competitive legislation as the American doctors have been able to do. So that is an unspoken premise of what I am saying. I certainly agree with that.

If you do not believe that the Canadian political system is sufficiently strong in that sense, to resist the pressure from physicians' lobbies, then competition is always going to be fairly tenuous in the medical system.

The Chairman: Thank you. I will go to Mr. Reid.

[Translation]

Le président: Ce sera votre dernière question.

M. Breau: Votre hypothèse voulant qu'il y ait économie ne se vérifie certainement pas aux États-Unis où le réseau est presque totalement financé de façon privée, où les frais généraux sont de 10 p. 100 plus élevés qu'au Canada—10 p. 100 des dépenses totales—et où encore les sources de financement sont très disparates, ce qui entraîne à beaucoup d'inefficacité. C'est juste.

Puis-je ajouter quelque chose à ce sujet?

Le président: Vous pouvez répondre à la question.

M. Breau: Votre temps est illimité. Il n'y a que le mien qui le soit. Il vient de Toronto, comme vous le savez.

M. Blomqvist: Le fait que le réseau américain se révèle très coûteux et semble fonctionner assez mal dans certaines régions est souvent utilisé comme un argument contre l'imposition de mesures d'incitation financière quelles qu'elles soient et pour le maintien d'un réseau financé publiquement au Canada. Il ne faut quand même oublier qu'aux États-Unis, toutes les personnes qui ont plus de 65 ans et tous les assistés sociaux sont protégés par un régime public d'assurance-santé comme c'est le cas ici. Ces deux groupes forment une partie importante de la population totale aux États-Unis et est protégée par un régime d'assurance-santé. Ce régime est financé publiquement comme c'est le cas ici.

Deuxièmement, le régime fiscal américain traite l'assurance-santé offerte par les employeurs comme un avantage non imposable, ce qui est l'équivalent d'une aide de 30 à 40 p. 100 sur le coût d'un régime privé d'assurance-santé, ce qui fait que, aux États-Unis, un grand nombre de personnes qui n'ont pas 65 ans ou qui ne sont pas assistés sociaux, sont protégées par un régime d'assurance-santé très complet offert par leur employeur.

M. Breau: Mais les médecins ne sont pas soumis à des contrôles.

M. Blomqvist: Le troisième point qui mérite d'être mentionné au sujet de la situation aux États-Unis est que l'*American Medical Association* est l'un des lobbys les plus puissants au pays et qu'elle a réussi à faire adopter un grand nombre de mesures législatives de nature anticoncurrentielle, tant au niveau des États qu'au niveau fédéral. Or, un élément essentiel aux réformes que je préconise, relativement à l'imposition de frais modérateurs et à l'instauration d'une meilleure concurrence entre médecins, est que le lobby des médecins au Canada ne doit pas avoir les moyens de faire adopter les mêmes mesures de protection, les mêmes mesures anticoncurrentielles qu'aux États-Unis. Sur ce point, je suis bien d'accord avec vous.

Si vous ne pensez pas que l'appareil politique canadien est suffisamment fort pour résister aux pressions du lobby des médecins, il est évident que la concurrence risque d'être discutable dans le milieu médical.

Le président: Merci. Je passe à M. Reid.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman. I have a very narrow, small question for you, Dr. Blomqvist. We were intrigued with your proposition, but I rather gathered throughout your comments with respect to user fees and extra billing that you were talking about limited or reasonable—I think you used the word limited—user fees throughout.

If we adopt allowing the marketplace and the competition among doctors to set their fees, how do you propose to limit those user fees or the amount of the extra billing? Would it be by way of a medical schedule of fees or otherwise, or do you let the marketplace itself determine them?

Prof. Blomqvist: First of all, I think I would not consider it out of the question to simply rely on competition or to provide at least some ultimate protection for the consumer. My view would be that you would always get doctors. First of all, at the present time I gather doctors try to avoid extra billing low income patients. So in a sense you already have part of it resolved. And even if you did not have that, it seems to me there would always be competition in the sense that there would be a small group of patients with low incomes who would have a very strong interest in finding doctors who did not extra bill, and with any kind of competition, it seems to me, you ought to get doctors who specialize in treating those patients.

Now that might mean, you know, what other people would call the two-tier system; what I would call sort of a lower cost style of medicine. You might have to accept that. But having said that, let me say that even though I have not worked out the details, I personally would favour a system which would be equivalent to what is referred to as a deductible in private health insurance, which says that a patient is or may be responsible for user costs imposed by doctors or for hospital use up to a prescribed limit of x dollars per year. And my view would be that in order to make that workable, I suppose, one would have to negotiate a basic fee schedule, just as currently takes place in provincial health insurance plans, and put a limit on the percentage by which doctors would be allowed to extra bill. That would put some sort of a damper on the size of the user fee, the extra billing, and it seems to me one also should have some sort of an upper limit on the total amount of private payments that any individual should be liable for.

Mr. Reid (St. Catharines): That sort of answers my second question, Mr. Chairman.

The suggestion is made that we do not have a problem of manpower, it is a question of locating that manpower and I am not so sure that competition itself would get people to move to those less desirable locations. You have to give an incentive there to get them to become competitive even in the outlying points.

Prof. Blomqvist: I personally, if I may say so, simply do not see any way... If it is true that living in the Northwest Territories is very expensive, because food costs are so high, well it may also be expensive because you have to pay doctors

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président. J'ai une toute petite question à vous poser, monsieur Blomqvist, dans un cadre très précis. Votre proposition a soulevé notre intérêt à tous, mais je suppose que tout au long de votre exposé sur les vertus des frais modérateurs et de la surfacturation vous partez du principe que ces mesures devaient être limitées et raisonnables. Je pense que vous avez vous-même utilisé le mot «limité».

En supposant que nous soyons d'accord pour laisser le marché ou la concurrence fixer les honoraires des médecins, comment envisagez-vous que nous puissions limiter ces honoraires ou le montant de la surfacturation? Peut-il y avoir une échelle de taux pour les soins médicaux ou est-ce que le tout doit être laissé aux forces du marché?

M. Blomqvist: Je ne rejetterais certainement pas de prime abord l'idée de simplement se fier à la concurrence ou de ne permettre qu'une protection ultime au consommateur. Il serait toujours possible d'avoir un médecin. Pour commencer, je pense que les médecins essaient déjà d'éviter d'imposer la surfacturation à leurs patients qui ont de faibles revenus. Donc, une partie du problème est déjà réglée. Même si ce n'était pas le cas, il y aurait toujours concurrence en ce sens qu'il existe un petit groupe de patients à faibles revenus qui auraient un intérêt primordial à trouver des médecins qui ne recourent pas à la surfacturation. Il y aurait toujours concurrence en ce sens qu'il serait toujours possible d'avoir des médecins qui se spécialisent dans le traitement de ces patients.

Je sais qu'il y a des gens qui parlent d'un réseau à deux échelons. Je préfère parler, en ce qui me concerne, d'un réseau de médecine à faible coût. Il se peut que ce soit le prix à payer. Il reste que je continuerais d'être en faveur, même si je n'ai pas arrêté encore tous les détails du régime, de ce que les régimes d'assurance-santé privés appellent actuellement une franchise. Cette franchise ferait que le patient assumerait des frais modérateurs pour les soins qu'il recevrait d'un médecin d'un hôpital jusqu'à un certain montant annuel. Evidemment, le régime supposerait également qu'il y ait une échelle de taux de base négociable, comme c'est le cas actuellement dans plusieurs régimes provinciaux d'assurance-santé, avec une limite au pourcentage de surfacturation que pourraient imposer les médecins. Ce serait une façon de limiter l'ampleur des frais modérateurs ou de la surfacturation. On devrait en outre fixer une limite au montant total que pourrait être appelé à assumer lui-même un particulier au cours de l'année.

M. Reid (St. Catharines): C'est la réponse à ma deuxième question.

Il a été indiqué qu'il n'y avait pas de problème de main-d'oeuvre comme tel, que la question était de répartir cette manœuvre. Je ne suis pas sûr, en ce qui me concerne, que la concurrence à elle seule réussisse à doter de la main-d'oeuvre nécessaire les régions les moins convoitées. Il me semble qu'il doit y avoir une mesure d'incitation pour que la concurrence joue même dans les régions éloignées des centres.

M. Blomqvist: Je ne vois vraiment pas comment... S'il est vrai que le coût de la vie dans les Territoires du Nord-Ouest est très élevé, à cause des coûts de la nourriture, par exemple, il faut accepter qu'une partie de ce problème est dû à la

[Text]

very high incomes to get them to move away from Toronto and London and live up in the Northwest Territories. That is one part of the high cost of living up there. My view is that the way to compensate for that is not to engage in the sort of wholesale sledgehammer-type solution whereby we totally eliminate competition, the market pricing of physicians' services everywhere in the country. If the problem is the high cost of living in the Northwest Territories, make sure that people in the Northwest Territories are compensated for every form of high cost of living.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. Dr. Hudecki.

• 1240

Mr. Hudecki: You have brought up some interesting insights into medicare. I want to question you on one concept you have, and that is that you judge doctors on the basis of productivity. To me, you are interpreting it as number of units of care per day, and that makes a good doctor or a bad doctor. Actually, what you are missing out completely is that in so many of the processes in which they take part, that is not so: waiting for a woman in labour, someone who has a bad heart, someone who has had a bad accident, whose condition is very unstable. Many, many hours are spent and there is no compensation for them; yet that is the difference between what the public perceives as a well motivated and good doctor and one who is not.

Would your thinking change if you took that into consideration? I know it is difficult to quantify how much a doctor spends on that type of work, but I just want to assure you that a very, very high percentage of it is.

Prof. Blomqvist: I am sure.

Let me explain, first of all, that one of the reasons I am so enamoured, as are many economists, with the concept of prepayment is that in a prepayment system the problem of defining specified procedures and what is a fair price for those specified procedures—that problem does not arise. With prepayment, you pay the doctor *ix* a month whether you are sick or well, and the doctor then gives you necessary care, and it is then up to the doctor to decide what is necessary care. No question of compensation for a unit of service arises.

The second thing, though, that I would like to say is that even though I am aware of the horrendous difficulties of measuring the productivity of physicians, one suggestion that has always been made by economists is that it does seem that much of what physicians currently do represents services that could, with relatively low risk, be performed by people such as nursing personnel or paramedical assistants and so forth.

You see, my question as to whether it is indeed possible to improve the productivity of doctors, in a sense, I would like to answer in a backhanded negative way by looking at the American experience, where an inordinate amount of resources have been expended by the doctors' political lobby to block legislation that would permit more extensive use of nursing personnel or paramedical assistants by doctors. Even here in

[Translation]

nécessité de payer très cher les médecins qui décident de quitter Toronto et London pour s'y rendre. C'est un facteur parmi tant d'autres qui contribue à la hausse du coût de la vie dans cette région. Il me semble que la façon de régler ce problème n'est pas de sabrer dans le tas, d'éliminer totalement la concurrence, la possibilité pour les médecins d'établir le prix de leurs services partout au Canada. Si le problème tient au coût de la vie élevé dans les Territoires du Nord-Ouest, alors il faut dédommager les habitants du Nord-Ouest à l'égard de tous les services qui contribuent à l'élévation de ce coût.

Le président: Merci, monsieur Reid. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Vous avez soulevé certains points intéressants au sujet de l'assurance-maladie. Je voudrais vous interroger au sujet de ce concept que vous avancez voulant que les médecins soient jugés selon leur productivité. Ce que vous voulez dire, c'est qu'un médecin est bon ou mauvais selon le nombre d'unités de soins qu'il peut donner par jour. Ce que vous ne comprenez pas, c'est qu'il n'en est pas ainsi dans un très grand nombre de cas. Il se peut que le médecin doive attendre dans le cas d'une femme enceinte, d'une personne atteinte d'une maladie cardiaque, d'une personne qui a eu un grave accident, d'une personne dont la condition est très instable. Ce genre de cas peut représenter un grand nombre d'heures pour lesquelles le médecin n'est pas rémunéré. Mais c'est là-dessus que le public fait la différence entre le bon ou le mauvais médecin.

Ce genre de considération vous ferait-il modifier votre position? Je sais qu'il est difficile d'établir exactement le nombre d'heures qu'un médecin peut passer dans ce genre de circonstances, mais je puis vous assurer que c'est un fort pourcentage de son temps.

M. Blomqvist: Je n'en doute pas.

Je vais d'abord vous expliquer pourquoi je suis si entiché, comme le sont beaucoup d'économistes, par cette idée du paiement anticipé. Pour commencer, le problème de définir les actes médicaux précis ainsi que leur juste prix ne se pose pas. Avec le paiement anticipé, le médecin reçoit tant par mois, que le patient soit en bonne santé ou malade, et le médecin décide des soins nécessaires. C'est à lui de prendre la décision à cet égard. Il n'est plus question de payer pour une unité de service donnée.

Le deuxième point, je sais qu'il est très difficile de mesurer le niveau de productivité des médecins, les économistes estiment qu'une bonne part du travail des médecins pourrait sans doute être accomplie, sans grand risque, par des infirmières ou des techniciens de la santé.

Quant à savoir s'il est possible d'améliorer la productivité des médecins, j'y répondrai de façon négative, si vous voulez, en faisant appel à l'expérience américaine. Dans ce pays, un montant disproportionné des ressources des médecins va à leur lobby politique en vue de bloquer les mesures législatives qui permettraient un recours accru aux infirmières et aux techniciens de la santé. Même ici au Canada, toute tentative de la

[Texte]

Canada, any attempt by the provinces to expand the possible role, the permissible role, for nursing personnel or paramedical assistants is usually met by very, very strong objections by organized medicine. The reason that organized medicine gives for this objection is that the patient's safety would be put in jeopardy, and so forth, if less qualified personnel were used. At the same time, it is very difficult to avoid the suspicion that one reason there is resistance by physicians to this kind of legislation has to do with the fact that you could get higher productivity by physicians, however measured, with more extensive use of paramedical personnel, nursing personnel, and that would mean a lower demand for physician services and therefore, indirectly, downward pressure on physicians' incomes.

Mr. Hudecki: I think really the doctors have been leaders in using the team approach, using nurses and using various—but that is a different issue.

You also mentioned the problem that doctors are not cost-conscious. I point out to you that there are again a number of factors in which they are forced into using maybe techniques that are more expensive than not. The public very, very quickly, through media exposure, have preconceived ideas of how certain procedures should be carried out. For example, in my field you can put on a plaster cast as a walking cast, and the plaster costs maybe \$10 to \$15; but it is amazing the number of people who come in and want a plastic cast, which costs \$100 to \$125; and if there are enough people in the area putting pressure on the hospitals, this is what they are going to get. That is not an input or pressure by physicians.

The other thing is the number of people who are now litigation-minded. Any departure from a certain procedure or a lack of what they conceive as being a proper investigation leads again to litigation. You get these wise lawyers from Toronto coming down to . . .

I wonder if you would comment on . . .

• 1245

Prof. Blomqvist: Yes. I am aware of the fact of the patient-induced demand for things like plastic casts rather than plaster casts. A phrase that I heard in a recent conference with physicians: When do I get my ultra-sound? The idea is that ultra-sound is something that should only be used in high risk pregnancies, but once it becomes known that that is something that is available people want to have it.

It is quite true, of course, that then you do have a certain amount of patient pressure. Some of the through cost pressure is due to patient-initiated demands rather than the doctors failing to be cost conscious. At the same time, my solution to that would simply be to have a certain amount of user charges—some form of co-payment, not just for physician services and hospital space but also for things like laboratory procedures, whatever casts you are talking about and so forth. It seems to me you would get people discovering the advan-

[Traduction]

part des provinces d'accroître le rôle ou la légitimité des infirmières et des techniciens de la santé se butte à une très forte résistance de la part de la médecine organisée. La raison invoquée par la médecine organisée est toujours qu'un personnel moins qualifié mettrait en danger la vie des patients. Cependant on ne peut s'empêcher de croire que la résistance des médecins à ce genre de mesure législative vient plus de ce que la productivité des médecins, quel que soit la façon de la mesurer, augmenterait par un recours accru aux infirmières, infirmiers et techniciens de la santé, et que cela réduirait la demande des services de médecin et en conséquence entraînerait une diminution de leurs revenus.

M. Hudecki: Je pense que ce sont les médecins qui ont ouvert la voie du travail en équipe en ayant recours aux infirmiers, infirmières et autres . . . Mais c'est une autre question.

Vous avez également signalé que les médecins ne se montraient pas conscients des coûts. J'attire votre attention sur le fait qu'il y a encore là un certain nombre de facteurs qui forcent les médecins à user de techniques parfois fort coûteuses. A cause d'une couverture très incomplète de la part des organes d'information, le public a des idées préconçues sur certains processus qui doivent être utilisés. Par exemple, dans mon champ d'activité, les plâtres de marche peuvent être vraiment en plâtre et coûter de 10\$ à 15\$. Il est cependant surprenant de voir le nombre de gens qui demandent des moules en plastique, qui peuvent coûter de 100\$ à 125\$. Si les gens réussissent à faire suffisamment pression sur les hôpitaux, c'est ce qu'ils vont obtenir. Dans ce cas, ce n'est pas de la faute des médecins.

Par ailleurs, il y a de plus en plus de gens qui sont portés à recourir à la justice. Tout écart par rapport au processus connu ou tout examen insuffisant selon leur perception est matière à procès. Il y a tout de suite des avocats de Toronto . . .

Je me demande ce que vous pensez de cette situation . . .

M. Blomqvist: Je suis évidemment au courant de la demande des patients pour des choses comme des moules en plastique plutôt que des moules en plâtre. Lors d'une conférence de médecins, également, j'ai beaucoup entendu prononcer cette phrase: Quand aurais-je mon examen aux ultrasons? L'examen aux ultrasons ne devrait se faire qu'en cas de grossesse à risques, mais une fois que le processus est connu, les gens se mettent à l'exiger.

Donc, il y a certainement des pressions qui viennent des patients eux-mêmes. Il y a des augmentations de coûts qui sont dûs aux exigences des patients plutôt qu'à l'insouciance des médecins vis-à-vis des coûts. La solution que je préconise à ce problème est l'imposition de frais modérateurs, une formule quelconque de partage des coûts, non pas seulement pour les services des médecins des hôpitaux, mais également pour les services de laboratoire, les moules et le reste. Il me semble que c'est une façon de faire prendre conscience aux gens des

[Text]

tages of plaster casts very rapidly if you had them pay even 10% of more expensive equipment, if it were not needed.

With regard to the litigation business, let me simply state that I could not agree with you more strongly, with the concerns that you are expressing. As a matter of fact, if there is a potentially positive role I could see for a Canada Health Act, it ought to be in the area of severely circumscribing the scope for litigation for malpractice. This would avoid the incredibly inefficient and expensive kind of situation that has arisen in the United States, as a result of the increasing pressure of malpractice suits.

My understanding was that that problem has not reached anywhere near the same proportions in Canada as it has in the United States.

Mr. Hudecki: It is getting there.

Prof. Blomqvist: It is getting there. I worry about that.

As far as I am concerned, everybody loses except a small group of lawyers, and they probably should not have become lawyers in the first place because there may be too many of them. It seems to me that is something that should be very closely watched.

As you might gather, my general view on legislation is that it can be overdone. You can overregulate. If there is a place where I think an active legislative approach is potentially fruitful, it would be in circumscribing the scope for litigation for malpractice.

Mr. Hudecki: When we have an economist before our committee, I try to find out from him whether or not he has accurate statistics as to how each province utilizes the fund, in light of the fact that all money earmarked for medical care is put in with general taxation. When you try to find out exactly how much money the province spends, most of the economists, whom I have confronted, would give me a very vague answer.

Prof. Blomqvist: The answer to the question is that I have to confess ignorance. I just do not know what the answer is. At the same time, it seems to me that the question as to whether the provinces match the federal contributions on a proportional basis is really a matter of federal-provincial political relations and has little to do with the economics of an efficiently-functioning health care system. So I would like to beg off that question.

Mr. Hudecki: Accepted. Thank you.

The Chairman: Thank you very much. I think we had better close today, if we can, this part of the program.

I would like to thank Professor Blomqvist for being with us today on short notice and for his presentation. You answered our questions so well.

We will adjourn until 3.30 p.m. this afternoon when the Honourable David Russell, from Alberta, will be with us.

[Translation]

avantages des moules en plâtre que de les faire payer, ne serait-ce que 10 p. 100 des moules plus coûteux, surtout s'ils ne sont pas nécessaires.

En ce qui concerne les procès, laissez-moi vous dire que je ne saurais être plus d'accord avec vous. De fait, si la loi canadienne sur la santé a un rôle positif quelconque à jouer, c'est bien dans le sens d'une limitation très stricte du recours aux poursuites judiciaires pour motif de faute professionnelle. Ce serait une façon d'éviter la situation intenable et très coûteuse qui sévit actuellement aux États-Unis à cause du grand nombre de poursuites pour motif de faute professionnelle.

Sauf erreur, cependant, le problème n'a pas atteint les mêmes dimensions au Canada qu'aux États-Unis.

M. Hudecki: Il s'aggrave.

M. Blomqvist: C'est ce qui m'inquiète.

Je considère que tout le monde y perd, sauf un petit groupe d'avocats qui n'auraient probablement pas dû devenir avocats pour commencer. Il y en a encore trop. Il me semble que c'est une situation qui devrait être suivie de très près.

Vous avez sans doute pu constater que de façon générale, je suis contre les lois, les règlements qui vont trop loin. Cependant, si les lois et les règlements peuvent avoir un effet bénéfique, c'est celui de limiter le nombre de poursuites pour motif de fautes professionnelles.

M. Hudecki: Chaque fois qu'un économiste se présente devant le Comité, j'essaie de savoir de lui s'il a des chiffres précis concernant l'utilisation que fait chaque province des fonds, compte tenu du fait que les fonds destinés aux soins médicaux sont inclus dans les recettes fiscales générales. Lorsqu'il s'agit de savoir combien exactement chaque province dépense, la plupart des économistes à qui je pose la question se montrent très vagues.

M. Blomqvist: Je dois malheureusement avouer mon ignorance en la matière. Je n'ai pas de réponse à votre question. Par ailleurs, la question de savoir si les provinces verse une contribution égale à celle du gouvernement fédéral relève vraiment du contexte politique des relations fédérales-provinciales et a vraiment très peu à voir avec l'économie d'un réseau de santé vraiment efficace. Donc, je vous prie de m'excuser si je ne réponds pas à votre question.

M. Hudecki: Très bien. Merci.

Le président: Merci beaucoup. Je pense que nous pouvons mettre fin à cette session.

Je remercie le professeur Blomqvist d'avoir bien voulu comparaître devant le Comité avec un si court préavis. Je le remercie de son exposé et de ses réponses aux questions du Comité.

La séance est levée. La prochaine réunion aura lieu à 15h30, cet après-midi. Le témoin sera l'honorable David Russell de l'Alberta.

[Texte]

AFTERNOON SITTING

[Traduction]

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

• 1537

The Chairman: Order, please. I will just call the meeting to order first and say we are continuing the hearings on Bill C-3, the Canada Health Act.

We are pleased to have with us this afternoon the Hon. David J. Russell, Minister of Hospitals and Medical Care of Alberta.

Before asking the Minister to comment, there is a point of order from Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Yes, Mr. Chairman, on a point of order, I would just like to remind the Members that the bells are ringing to call the Members to the House. On this side, we do not consider this time we are sitting now as a precedent. We are actually sitting at the call of the Chair as a courtesy to the Minister from Alberta who has come today. Normally, we would not sit, as you know, because the practice is not to sit when the bells are ringing. In this case, as a courtesy to the Minister, the members are here.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I think everybody on the committee realizes we did not want to sit this afternoon if at all possible, because even though the bells are ringing and the Minister has come down from Alberta to be with us, we also have another group of witnesses, the Canadian Association of Emergency Physicians, who are supposed to come in this afternoon after this. We will see how things develop there; but our schedule is very tight also, so we will just see what happens.

But in the meantime, we have a brief the Minister has given to us, and he has informed me he would like to comment on the brief for a little while.

So, Mr. Minister, we are in your hands.

Hon. David J. Russell (Minister of Hospitals and Medical Care, Province of Alberta): Thank you very much, Mr. Chairman. I appreciate very much the fact that you are sitting when the bells are ringing. I understand what that situation is. It is also unusual for the Alberta government, as for many provincial governments, to appear in front of a parliamentary committee, but in speaking with my colleagues, we believe this Bill is so important that it is necessary for us to do so.

By way of background, I have been the Minister responsible for health in Alberta for nearly five years, so I think I have a fairly good background knowledge of some of the issues and a very sincere interest in the matter.

The thrust of our brief is essentially to do two things: to express concern in opposition to the Bill, and it concludes by offering three alternative suggestions whereby the governments, working together co-operatively, might address what some of the major problems in the health care field are. I will conclude my remarks by referring to those.

Le président: Nous reprenons nos audiences sur le projet de loi C-3, loi canadienne sur la santé.

C'est avec plaisir que nous accueillons cet après-midi l'honorable David J. Russell, ministre des hôpitaux et des services médicaux de l'Alberta.

Avant de demander au ministre de nous faire ses commentaires, M. Lachance voudrait faire un rappel au Règlement.

M. Lachance: En effet, monsieur le président, je voudrais simplement rappeler aux députés que les cloches sonnent pour nous appeler à la Chambre. Or, de notre côté, nous ne considérons pas du tout que le fait de siéger cet après-midi constitue un précédent. Nous avons décidé de venir sur convocation de la présidence par courtoisie pour le ministre venu de l'Alberta. Vous savez que, normalement, nous ne siégerions pas, car c'est la pratique lorsque sonnent les cloches. Nous sommes donc ici uniquement par courtoisie pour le ministre.

Merci, monsieur le président.

Le président: Je crois que tous les membres du Comité comprennent que, si cela avait été possible, nous aurions préféré ne pas siéger du tout cet après-midi puisque les cloches sonnent. Toutefois comme le ministre est venu exprès de l'Alberta et comme nous avons un autre groupe de témoins, l'Association canadienne des médecins d'urgence, nous avons décidé d'essayer de tenir cette réunion. Nous verrons la façon dont la situation évolue.

Le ministre nous a soumis un mémoire et m'a signalé qu'il aimerait faire quelques remarques à ce sujet avant que nous ne l'interrogeons.

Monsieur le ministre, la parole est à vous.

L'honorable David J. Russell (ministre des hôpitaux et des services médicaux, Alberta): Merci beaucoup, monsieur le président. Je vous remercie beaucoup de siéger en effet alors que sonnent les cloches. Je sais dans quelle situation vous vous trouvez. Il est également inhabituel pour le gouvernement Albertain, comme pour de nombreux gouvernements provinciaux, de venir comparaître devant un comité parlementaire, mais mes collègues et moi estimons ce projet de loi si important que j'ai décidé de venir.

Je suis ministre responsable de la santé en Alberta depuis près de cinq ans si bien que je connais assez bien certains des problèmes, et je m'intéresse très sincèrement à la question.

Notre mémoire vise essentiellement deux choses: manifester notre opposition au projet de loi et offrir trois solutions de rechange qui permettraient au gouvernement d'examiner en collaboration certains des grands problèmes des services de santé. Je conclurai mes remarques en faisant allusion à ces différentes suggestions.

[Text]

• 1540

I did want to say that the Alberta government is no different from any other government in its total support of medicare. In the years I have been in office, I have not met any political party, or any representative of any provincial government, that is not very supportive of medicare. We realize that it is a very good program in that it has brought universally accessible, high-quality medical care on a portable basis to all Canadians; and most importantly, it has taken the spectre of financial ruin away from a family in the case where the major bread-winner has suffered a serious illness. I think an examination of provincial budgets and provincial legislation over the past decade will prove, beyond a doubt, that all of the provinces are very supportive of our Canadian medical care program and are constantly putting more dollars and more priorities towards it. So we were quite surprised, certainly Alberta was, when we heard that medicare was presumably being eroded. That is not a statement that we are prepared to accept without argument, because on the contrary, we think that health care programs and hospital services are continually being up-graded, and they are certainly being accessed more and more by our citizens. We are puzzled by the fact that somehow the word is getting around that medicare is being eroded, and we do not believe that.

I would like to talk for a moment, if I may, about Alberta's particular position. We are very proud of our medical services. As you know, the two acts and the accords that the provinces have with the federal government require certain basic services to be provided, and some of the provinces have gone beyond that and have put add-ons into their programs. In the case of Alberta, I believe we have a broader array of add-ons—such as chiropractic, podiatry, physiotherapy, optometry, etc—than any of the other provinces. We are engaged in a very substantial program of hospital construction and up-grading, and that includes equipping those hospitals with high-tech equipment. We have two excellent medical schools. More recently, we have taken \$300 million out of the Alberta Heritage Trust Fund and established a medical research trust fund for the benefit of all Canadians, we hope.

In my discussions with Monique Bégin, the federal minister, I have tried to make the point that on all fronts—on medical and related services, on hospital services, in educational research—we think we can hold our heads up pretty high and say: We are leading the country and we are your best ally, Madam Minister, not your foe; and we resent very much the fact that you say Alberta is eroding the medicare system, because we do not believe that. The system that I have described is a very expensive one, and at some point whoever is the government after the next election is going to have to come to grips with the problem as to how to fund this program, because what this bill is doing is removing any flexibility whatsoever the provinces have with respect to applying budgetary controls, or individual responsibility on the part of Canadian citizens and, in fact punishes, has punitive clauses directed towards, provinces who do take moves towards trying to institute some kind of personal responsibility, cost awareness or cost control in the system. So we have to be very concerned

[Translation]

Le gouvernement albertain comme tout autre gouvernement est entièrement favorable à l'assurance-maladie. Depuis que je fais de la politique, je n'ai jamais entendu parler d'un parti ou d'un représentant d'un gouvernement provincial qui n'appuierait pas le principe de l'assurance-maladie. Nous savons que c'est un excellent programme qui a permis de rendre universellement accessibles au Canada des services médicaux de grande qualité; le plus important, c'est que les familles n'ont plus peur d'être ruinées lorsque le chef de famille souffre d'une maladie grave. Un examen des budgets provinciaux et de la législation provinciale au cours de la dernière décennie prouve sans aucun doute que toutes les provinces sont très favorables au programme canadien de soins médicaux et y consacrent toujours davantage de fonds prioritaires. Aussi avons-nous été très surpris, en tout cas en Alberta, lorsque nous avons entendu dire que l'assurance-maladie se trouvait actuellement menacée. Nous ne sommes pas prêts à accepter une telle affirmation sans discuter, car, au contraire, nous jugeons que les programmes de services de santé et de services hospitaliers sont continuellement améliorés et deviennent de plus en plus accessibles aux citoyens. Nous sommes très étonnés lorsque nous entendons dire que l'assurance-maladie est menacée. Nous n'y croyons pas.

J'aimerais maintenant vous entretenir quelques instants de la situation particulière de l'Alberta. Nous sommes très fiers de nos services médicaux. Vous savez que les deux lois et les accords que les provinces ont signés avec le gouvernement fédéral exigent que certains services élémentaires soient fournis, et certaines des provinces sont même allées plus loin en ajoutant certains éléments à leur programme. Dans le cas de l'Alberta, nous avons ajouté plus de choses que toute autre province, notamment la chiropractie, la podologie, la physiothérapie, l'optométrie, et cetera. Nous avons un programme très important de construction et d'amélioration d'hôpitaux, et nous les équipons notamment de matériel de technologie de pointe. Nous avons deux excellentes facultés de médecine. Nous avons récemment pris 300 millions de dollars sur le fonds du patrimoine albertain pour constituer un fonds de recherche médicale, qui servira, nous l'espérons, à tous les Canadiens.

Dans mes entretiens avec Monique Bégin, ministre fédéral, j'ai essayé de lui expliquer que sur tous les fronts, qu'il s'agisse de services médicaux et paramédicaux, de services hospitaliers, de la recherche préventive—nous estimons que nous pouvons aller la tête haute et déclarer que nous montrons l'exemple au pays et que nous sommes son meilleur allié et non son ennemi; nous regrettons beaucoup qu'elle déclare que l'Alberta menace le régime d'assurance-maladie car c'est absolument faux. Les programmes que j'ai décrits sont extrêmement coûteux, et il faudra qu'un jour, quel que soit le gouvernement que nous aurons après les prochaines élections, on s'occupe du problème du financement de ce programme, car ce projet de loi ne laisse aucune latitude aux provinces en matière de contrôle budgétaire ou de responsabilité individuelle pour les citoyens. Il prétend en fait punir les provinces qui essaient de faire prendre conscience aux citoyens de leurs responsabilités en leur expliquant ce que coûtent ces services et comment on peut en limiter les coûts. C'est donc quelque chose dont nous devons

[Texte]

about that. We cannot talk about health care in Canada, it is my proposition, without talking about money at some very early stage.

• 1545

We are like the other provinces. We have seen the costs of health care escalate incredibly over the last decade. We have seen a continuing diminishing share of financial support by the federal government. What started off as a 50-50 cost-sharing agreement is now 68-32 in Alberta, and that is counting not just cash transfers but also the value of transferred tax points. If we remove the tax points, the cash contribution is actually about 14% of the total costs of our medical bill.

Just to put the thing in perspective, our total health care bill in Alberta this year is about \$2.8 billion, which is about 28% of our total provincial budget. It is not only the size of the fiscal pie that the health care departments take, but it is also the annual rate at which that pie is growing. And, of course, it is the one program that ministers of the Treasury Board have no control over. You guess at what your bills for medical costs are going to be. You guess at what it is going to cost to run hospitals. But unlike highways or education, or any of the other services, where you can say to the receivers of the funds, this is all there is; this is your budget for the year, in health care you do not have that ability. This is something we have been struggling with very vigorously.

We have embarked more recently, since the beginning of 1984, on a public education program, and we intend to pursue that. We had delivered to everybody's house in Alberta a pamphlet, a series of easy-to-read questions and answers on health care and what it costs, even what one day's stay in a hospital costs, which is something most of our citizens are not aware of. Most people walk in and out of a doctor's office without any concept whatsoever of what the price tag is for the services they have received. So we are trying to cope with the problem of public education, to get people to recognize the scope of costs and how they relate to quality of health care so that if there are major policy decisions to be made in the future, at least they will be made on the basis of a partly educated public, hopefully.

We are very much concerned about the constitutional responsibilities and rights of the provincial governments in the matter of health care. And I believe, from reading the previous testimony and questions of the members of the committee, that there is no doubt that everybody agrees that the provision of hospital and health care services is a provincial responsibility, and it is one which I believe the provinces have responded to in a very responsible manner.

As a group of provincial health care ministers, we are concerned that all of the provinces in the different regions of the country do not have the same ability to respond to the health care problems and challenges there are, simply because of economic disparities. I can remember spending a long time with my colleague, Brenda Robertson, from New Brunswick

[Traduction]

nous préoccuper. On ne peut parler de service de santé au Canada, sans parler très vite d'argent.

Nous sommes comme les autres provinces. Nous avons constaté l'escalade extraordinaire des coûts des services de santé au cours de la dernière décennie. Nous avons vu par ailleurs que la contribution financière du gouvernement fédéral n'a cessé de diminuer. Ce qui était au départ une entente de partage de frais moitié-moitié est passée en Alberta à un rapport de 68 contre 32, pourcentage qui tient compte non seulement des transferts de fonds, mais également du transfert de points fiscaux. Si l'on supprime les points fiscaux, les contributions fédérales représentent environ 14 p. 100 des coûts totaux de notre budget médical.

Notre budget total pour la santé en Alberta est cette année d'environ de 2.8 milliards de dollars, soit d'environ 28 p. 100 du budget provincial total. Il faut non seulement considérer ce gros pourcentage absorbé par les ministères responsables de la santé mais également le taux d'accroissement annuel de ce pourcentage. C'est évidemment le seul programme qui échappe au contrôle du conseil du Trésor. On ne peut que deviner ce que coûteront les services médicaux, deviner ce que coûteront les hôpitaux. Contrairement aux routes ou à l'éducation ou à n'importe quel autre service, où l'on peut déclarer que les fonds seront limités à tant, que le budget de l'année est de tant, en matière de santé, c'est impossible. Voilà le problème auquel on se heurte depuis longtemps.

Depuis le début de 1984, nous nous sommes également engagés dans un programme d'éducation de la population, que nous avons l'intention de poursuivre. Nous avons fait distribuer dans tous les foyers une brochure présentée sous forme de questions et réponses faciles à lire et consacrée aux services de santé et à ce qu'ils coûtent, à ce que coûte une journée à l'hôpital, ce que la plupart des citoyens ignorent. La majorité des gens entrent chez le médecin sans aucune idée de ce que coûtent les services qu'ils ont reçus. Nous essayons donc d'éduquer la population, de lui faire reconnaître l'ampleur de ces coûts et la relation qu'il y a entre la qualité et le prix de ces services de sorte que, s'il est nécessaire de prendre d'importantes décisions à l'avenir, la population puisse du moins partiellement les comprendre.

Nous nous préoccuons beaucoup des responsabilités et des droits constitutionnels des gouvernements provinciaux en matière de services de santé. D'après ce que j'ai lu des autres témoignages que vous avez entendus et des questions que vous avez posées, il ne fait aucun doute que tout le monde convient que les services hospitaliers et les services de santé relèvent des provinces, et je dirai que ces dernières se sont très bien acquittées de cette responsabilité.

Les ministres provinciaux des services de santé s'inquiètent du fait que toutes les provinces ne peuvent pas offrir autant de services faute de raisons économiques. Je me rappelle avoir passé un long moment avec ma collègue Brenda Robertson du Nouveau-Brunswick, qui s'inquiétait beaucoup que la province consacrer, si je ne m'abuse, 9 p. 100 de son produit provincial

[Text]

who was so concerned about the fact they were using, I believe, 9% of their gross provincial product to try to pay for their health care bill and really providing on a relative basis a very minimum package; whereas, when we looked at Alberta, we were spending about 3.5% of our gross provincial product and, as I described earlier, supplying a very rich package in a relative sense.

• 1550

So I hope the members of the committee can appreciate some of the concerns the provincial ministers have when they are wrestling with the problems on a day-to-day basis, meeting with hospital boards, meeting with their medical associations . . . in our case we went through three devastating nurses' strikes over a period of five years—then to be told from a central office in Ottawa that we are eroding medicare, and we have to do it in a certain way or else we are going to be punished. That kind of philosophy and that kind of attitude on the part of the federal Minister is resented very strongly; and I think for good reasons.

I mentioned in my remarks earlier our concern about this myth of the erosion of medicare. During the time when Justice Emmett Hall conducted his review for the government of the day I met with him and asked him if he could point out to me or give me the name or identity of one citizen in Alberta who had been denied health care services or hospital services for economic-barrier reasons; and he could not. But he said the day might come when that would happen. Well, I am prepared to argue that point, because I do not believe a day when that would happen would come. Our laws and regulations simply do not permit it to happen, and the variety of programs that we have to support senior citizens or low-income or unemployed or those on social assistance or those with chronic illnesses guarantee that nobody is going to be refused medical care for financial reasons.

On the other hand, we are working very hard to try to instil some kind of individual sense of responsibility on the part of citizens when they do access the services. I think the reasons for that are obvious. We are very, very concerned about what is labelled "increased utilization". The impact this has on provincial governments and the constraints it is starting to put on their financial abilities to deliver other programs are becoming alarming. And I do not believe this is just a Canadian phenomenon; I think this is happening in the United States as well. The increasing utilization and accessing of the health care system are something we have to be alarmed about.

For example, in Alberta last year we imposed a 5% increase in the schedule of benefits for the doctors, so their fee schedules went up by 5%. So you would expect that our budget for health care would go up 5%, plus something for population growth. Now, the population growth in Alberta last year was static; the fee schedule went up 5%; and our total bill went up 21%. We are dealing with an item of several hundred million dollars and facing uncontrollable increases in the magnitude of anywhere from 21% to 24% a year.

[Translation]

brut aux services de santé, alors que les services offerts étaient relativement modestes; pendant ce temps, en Alberta, nous consacrons environ 3.5 p. 100 de notre produit provincial brut aux services de santé, et l'éventail des services offerts est très large comparé aux autres.

J'espère donc que les membres du Comité comprendront certaines des préoccupations des ministres provinciaux lorsqu'ils se battent avec ces problèmes quotidiennement, qu'ils ont des rencontres avec les conseils d'administration des hôpitaux, les associations médicales . . . Dans notre cas, nous avons connu en cinq ans trois grèves terribles d'infirmières, et l'on vient me dire à Ottawa que nous menaçons l'assurance-maladie et qu'il nous faut procéder d'une certaine façon si nous ne voulons pas être punis. Ce genre d'attitude et de principe défendu par le ministre fédéral est très regrettable.

Je disais tout à l'heure que nous nous inquiétions de ce mythe de l'érosion de l'assurance-maladie. Lorsque le juge Emmett Hall faisait son étude, je lui ai demandé s'il pouvait m'indiquer ou me donner le nom d'un citoyen albertain à qui l'on avait refusé des services de santé ou des services hospitaliers pour des raisons économiques; il n'a pu me nommer personne. Il a toutefois dit que cela pourrait arriver. Personnellement, je ne suis pas du tout d'accord. Nos lois et règlements ne le permettraient pas, et tous les programmes que nous avons pour aider les personnes âgées, les chômeurs, les assistés sociaux ou les malades chroniques garantissent que personne ne se verra refuser des services médicaux pour des raisons financières.

Par contre, nous essayons beaucoup de donner un certain sens des responsabilités aux citoyens qui se prévalent de ces services. Je crois que les raisons sont évidentes. Nous nous inquiétons en effet beaucoup de ce que l'on appelle l'accroissement de l'utilisation. L'incidence que cela peut avoir sur les gouvernements provinciaux et les difficultés financières que cela représente pour eux, alors qu'ils aimeraient offrir d'autres programmes, deviennent alarmantes. Je ne pense pas d'ailleurs que ce soit simplement un phénomène canadien; c'est la même chose aux États-Unis. Il est temps de s'inquiéter de l'accroissement d'utilisation des services et de leur plus grande accessibilité.

Par exemple, en Alberta, l'année dernière, nous avons imposé une majoration de 5 p. 100 des avantages sociaux des médecins, si bien que leurs tarifs ont été majorés de 5 p. 100. Vous supposez alors que notre budget pour la santé a été majoré de 5 p. 100, plus quelque chose pour la croissance démographique. En Alberta l'année dernière, la population est restée statique; les tarifs ont bien été majorés de 5 p. 100 et notre budget total a augmenté de 21 p. 100. Il s'agit d'un poste de plusieurs centaines de millions de dollars et de majorations incontrôlables de l'ordre de 21 à 24 p. 100 par an.

[Texte]

Somebody has to stand up and try to put a halt to that, because while I appreciate the good intentions of groups like the consumers' association, who have said in Alberta that health care is a right, not a privilege, and they do not care what it costs, it is up to the government to manage the costs, that is our responsibility, it still is a very difficult job carrying out that responsibility.

There is one other point I wanted to make about the myth about the erosion of medicare, and that is on the Canwest survey that was done for the federal Department of Health and Welfare in August 1983. It is interesting to note that six issues that were contained in the poll; two of them dealt with health, and they placed number five and six on the list of concerns of Canadian citizens. People were more concerned about unemployment, about the crime rate, even about the cost of electricity, than they were about the cost of health care and their ability to get health care. Those two items ranked five and six on the poll. So again, I think it is significant that, in a public opinion survey at a time when the myth of the erosion of health care is being bandied about, health care issues actually rated at the bottom of the list put forward in that survey.

• 1555

The last thing I want to deal with in my remarks, Mr. Chairman, is the very frustrating history of Bill C-3. It has been extremely frustrating. Our consultation with the federal government has been almost zilch, almost zero; and frankly, I and my provincial colleagues are offended by the way we have been treated by the federal Minister in a field which is our constitutional responsibility.

I read with dismay the testimony of the federal Minister in front of this committee. I believe there are some things I must correct, perhaps some impressions she has left. It will only take me a couple of minutes to do it.

I am looking first on page 15 of Issue 1 of your minutes. Quoting Madam Bégin, she says:

Alberta has a special additional burden, I would say, because of the extremely numerous hospitals they have decided to build, and which they have to carry now.

Now, what on earth is she talking about? Is she prepared to go into Alberta and go into communities and close down hospitals? If she thinks we have too many, that is the impression she left with this committee here. When I read statements like that by a federal Minister of the Crown, who has been very difficult, almost impossible to meet with, to sit down and discuss problems with, I really do get alarmed.

She goes on to say on the same page:

I think I have touched upon the so-called lack of co-operative federalism. You know, to have co-operation, it takes two parties . . .

She goes on to discuss a meeting we had in Vancouver and our attempts to meet with her, and says we just agreed to disagree. In my view, that is a very misleading statement. Our attempts to meet with the federal government in any meaningful way around a discussion table have been most frustrating.

[Traduction]

Il faut que quelqu'un essaie un jour d'arrêter cela, car si je n'ai pas de mal à comprendre les groupes bien intentionnés comme l'Association des consommateurs, qui a déclaré en Alberta que les services de santé sont un droit et non un privilège et que, peu importe ce qu'il en coûte, le gouvernement doit se débrouiller, c'est sa responsabilité, il reste très difficile de s'acquitter de cette responsabilité.

J'aimerais dire encore une chose sur le mythe de l'érosion de l'assurance-maladie, à savoir que le sondage effectué pour le compte du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social en août 1983 pour l'Ouest du Canada comportait six questions; deux d'entre elles portaient sur la santé et elles sont respectivement arrivées en cinquième et sixième position dans la liste des priorités des citoyens. Les gens s'inquiétaient plus du chômage, de la criminalité et même du coût de l'électricité que du coût des services de santé et de leur accessibilité. Ces deux points sont arrivés en cinquième et sixième position. Il est donc assez significatif qu'un sondage d'opinion effectué alors que l'on brandit le mythe de l'érosion des services de santé publics révèle que les questions de santé arrivent au bas de la liste des priorités.

Pour finir, monsieur le président, je voudrais revenir sur la triste histoire du projet de loi C-3. Ce fut une expérience extrêmement frustrante pour nous. Nos consultations avec le gouvernement fédéral ont été presque nulles; très franchement, mes collègues provinciaux et moi-même sommes choqués de la façon dont nous a traité le ministre fédéral dans un domaine qui relève de notre responsabilité constitutionnelle.

J'ai lu avec ahurissement le témoignage du ministre devant votre Comité. Je crois de mon devoir de corriger un certain nombre d'impressions qu'elle a peut-être laissées. Cela ne prendra que quelques minutes.

Tout d'abord, à la page 15 du fascicule 1 de votre procès-verbal, M^{me} Bégin dit:

L'Alberta a un fardeau additionnel spécial à supporter à cause du nombre très élevé d'hôpitaux qu'elle a décidé de construire et qu'elle est obligée maintenant de soutenir financièrement.

Ma foi, où veut-elle en venir? Est-elle prête à aller en Alberta déclarer dans ces localités qu'il faut fermer des hôpitaux? Je ne sais pas si elle pense que nous en avons trop, c'est bien l'impression qu'elle a dû vous laisser. Lorsque je lis ce genre de déclaration d'un ministre fédéral qu'il a été très difficile, pratiquement impossible de voir pour discuter de ces problèmes, je suis vraiment choqué.

Elle dit ensuite à la même page:

Je pense avoir abordé la question du manque de fédéralisme coopératif. Vous savez, pour qu'il y ait coopération, il faut deux parties . . .

Elle parle ensuite d'une réunion que nous avons eue à Vancouver et de nos tentatives pour la rencontrer, et elle conclut que nous avons simplement convenu de disconvenir. C'est à mon avis une déclaration très trompeuse. Nous avons

[Text]

Again, later on in her testimony, on the next page, page 16, she talks about a meeting the provincial Ministers had in Halifax and to which she was invited. She assessed that meeting by saying:

I must say it is a pity to take government money, go to Halifax, etc., spend two hours, I think it was, at the request of the provinces and simply not be able to discuss the health system at all.

That is an extremely insulting statement. The history of that meeting goes back to when the Premiers met in Toronto in August of last year. I was in the Alberta delegation at that time, and the Premiers were unanimous about their perception that it was absolutely mandatory, in view of pending new health care legislation and what was happening to health care budgets, that we get around the table and talk about it.

The chairman of that committee, who was Premier Davis of Ontario, on behalf of all the Premiers wrote the Prime Minister and specifically asked him to make his Minister of Health available to her provincial colleagues. We were assembled in Halifax and expected that she would come, ready to discuss the new proposed Canada Health Act, and that was not the case at all. If it was a frustrating meeting for the federal Minister, it was doubly frustrating for the provincial Ministers.

• 1600

On page 42 of the testimony, there is reference to controls in relation to extra-billing. This extra-billing issue became a federal-provincial matter of concern when Madam Bégin convened a meeting in Ottawa in the spring of 1982. She said:

In May of 1982, to have a little extra-billing and control it, because that is what we said when we decided to control and monitor extra-billing. But then the provincial players backtracked and decided there was no problem and extra-billing could go away up.

Mr. Chairman, in the case of Alberta, we went back, we reduced our extra-billing. We have established a monitoring system, we have established a joint committee of lay citizens and doctors who act as an appeal committee, whereby anybody who has received an extra bill in Alberta can lodge a complaint, and we have brought the incidence of extra-billing down. We have worked very hard at doing it. We produce monthly reports on specialty groups by way of geographical locations, showing in great detail the incidence of extra-billing. So when she says "the provincial players backtracked and decided there was no problem", that simply is not the case in Alberta's situation and I resent very much seeing that statement applicable to Alberta in proceedings of the Canadian Parliament.

I mentioned our frustration. There are other incidents in this testimony that are certainly disturbing. Some of them are more argumentative than factual, and I will not get into a

[Translation]

toujours été déçus dans nos efforts chaque fois que nous avons essayé de négocier réellement avec le gouvernement fédéral.

Un peu plus loin, dans son témoignage, à la page suivante, page 16, elle parle d'une réunion des ministres provinciaux à Halifax, à laquelle elle a été invitée. Voici ce qu'elle en dit:

C'est bien dommage d'utiliser les fonds publics pour se rendre passer deux heures à peine à Halifax, à la demande même des provinces, sans pouvoir seulement discuter du régime d'assurance-santé.

C'est parfaitement choquant. L'objet de cette réunion remonte à la réunion des premiers ministres à Toronto en août dernier. Je faisais alors partie de la délégation albertaine, et les premiers ministres ont déclaré à l'unanimité qu'il était absolument obligatoire, étant donné que l'on devait bientôt déposer une loi sur les services de santé et devant ce qui arrivait au budget de la santé, de se réunir pour en discuter.

Le président de ce comité, qui était le premier ministre Davis de l'Ontario, a écrit au nom de tous les premiers ministres provinciaux, au premier ministre pour lui demander précisément de demander à son ministre de la Santé de rencontrer ses homologues provinciaux. Nous nous étions réunis à Halifax, pensant qu'elle allait venir discuter de son nouveau projet de loi canadienne sur la santé. Or il n'en fut rien. Si le ministre fédéral est sorti de cette réunion dégoûté, les ministres provinciaux l'étaient doublement.

On parle du contrôle de la surfacturation à la page 42 du document. La surfacturation est devenue une question d'intérêt fédéral-provincial lorsque M^{me} Bégin a convoqué une réunion à Ottawa au printemps de 1982. Elle a parlé de:

permettre une certaine surfacturation et de la contrôler, car voilà ce que nous avons dit lorsque nous avons décidé de contrôler et de suivre de près la surfacturation. Puis, les intervenants des provinces ont changé d'avis et décidé qu'il n'y avait pas de problème; la surfacturation pouvait monter en flèche.

Monsieur le président, dans notre cas, l'Alberta a fait marche arrière: La surfacturation est en baisse. Nous avons mis au point un système de contrôle; nous avons pris un comité mixte de citoyens profanes et de médecins qui font office de comité d'appel; ainsi, quiconque fait l'objet d'une surfacturation peut présenter une plainte, et nous avons réduit l'incidence de la surfacturation. Nous avons travaillé très fort pour le faire. Nous publions des rapports mensuels sur des groupes spécialisés selon la situation géographique, qui illustrent de façon très détaillée l'incidence de la surfacturation. Le ministre n'a donc pas raison de dire que les intervenants provinciaux ont changé d'avis et décidé qu'il n'y avait pas de problème; ce n'est tout simplement pas le cas en Alberta et je m'inscris en faux contre une telle déclaration prononcée au Parlement canadien.

J'ai signalé notre sentiment de frustration. Il existe certes d'autres affirmations dans ce document qui sont inquiétantes. Dans certains cas, il s'agit plutôt d'énunciation d'arguments

[Texte]

debate on matters of opinion or philosophy. The extracts that I have specifically referred to are cases of fact that are simply incorrect and I wanted to take this opportunity to correct them on Alberta's point.

I mentioned that the history of consultation on this has been most frustrating. We met as federal and provincial Ministers in Ottawa in May, 1982. Officials worked through the summer to prepare for a meeting that fall, because we agreed that it made sense to consolidate and update the two existing Acts and bring in a new Canada Health Act. We had a very spirited argument about elimination versus control of extra-billing, and at that time agreed that it would be controlled. The official communiqué released at that time shows that.

Our Vancouver meeting was a disaster. The officials really did not have very much by way of federal-provincial agreement to bring us. As a result, we asked the chairman of the meeting, the Honourable James Nielsen, Minister of Health for B.C., to send a communiqué to Madam Bégin and also to seek a meeting with her to express our concern, the main point of which was that at that time we did not perceive a need for new legislation if it was going to go in the direction that was being painted.

Madam Bégin then did come to Edmonton in the spring of 1983 specifically to discuss a hospital user fee program that I had recently announced. But when I asked if I could discuss the proposed new Canada Health Act after we finished the user fee thing, she said no, she was not prepared to at that time.

I then discussed the Halifax meeting, which was a disaster and a great disappointment to the Ministers. But we did say at that time in Halifax that we would meet again, as provincial Ministers, once we saw the federal legislation. Madam Bégin had asked us to respond to it, but, of course, it is tough to respond to something you have not seen. So we said that after the Bill was tabled we would meet again, as provincial Ministers, to discuss the Bill. We did that, arranging to meet in Toronto in mid-January. That date was picked because Madam Bégin's office had given us notice that, at that time, the proposed regulations on the Act would probably be ready and we should set aside time, as Ministers, to discuss the proposed regulations with her.

• 1605

We did that, and arranged to meet in Toronto as provincial ministers. We also said that if she was prepared to discuss the regulations with all the provinces that week, we would all be in Toronto in one room on that day and we asked her if she would like to go over the regulations with all of us. She said no, and this lady who is so concerned about using federal money to go to Halifax, instead took separate trips to every provincial

[Traduction]

que de faits; et je ne discuterai pas de questions d'opinion ou de philosophie. Les extraits auxquels j'ai fait allusion portent sur des faits qui sont carrément inexacts, et je tenais à préciser le point de vue de l'Alberta à ce sujet.

J'ai signalé que le processus de consultation portant sur cette question a été des plus frustrant. Nous nous sommes rencontrés dans le cadre d'une conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé à Ottawa au mois de mai 1982. Durant l'été, des fonctionnaires se sont préparés à une réunion qui devait être tenue à l'automne, car nous étions d'accord pour une consolidation et une mise à jour des deux lois actuelles et nous convenions que l'adoption de la nouvelle Loi canadienne sur la santé avait un certain mérite. Nous avons eu une discussion très animée sur l'élimination et sur le contrôle de la surfacturation; à ce moment-là, nous nous sommes mis d'accord sur la nécessité de la contrôler, comme en témoigne le communiqué officiel publié à ce moment-là.

Notre réunion de Vancouver a été un désastre. Les fonctionnaires n'avaient pas beaucoup de propositions à nous faire en vue d'un accord fédéral-provincial. Par conséquent, nous avons demandé au président de la réunion, l'honorable James Nielsen, ministre de la Santé de la C.-B., de faire parvenir un communiqué à M^{me} Bégin et de tenter d'obtenir sa participation à une réunion qui nous permettrait d'exposer nos préoccupations, la principale étant qu'à ce moment-là, nous n'étions pas convaincus de la nécessité d'une nouvelle loi si cette dernière prenait l'orientation dont on nous parlait.

M^{me} Bégin s'est rendue à Edmonton au printemps de 1983 pour discuter précisément du programme des frais modérateurs que j'avais annoncé peu de temps auparavant. Mais lorsque je lui ai demandé si je pouvais discuter du projet de loi en question, après avoir liquidé les autres questions, elle s'y est opposée, prétextant qu'elle n'était pas disposée à le faire à ce moment-là.

Puis, j'ai parlé de la réunion tenue à Halifax qui fut également un désastre, à la grande déception des ministres. À la réunion de Halifax, les ministres provinciaux ont convenu de se réunir encore une fois, lorsqu'ils auraient été saisis de la loi fédérale. M^{me} Bégin nous avait demandé de lui faire part de nos réactions, mais bien entendu, il est difficile de réagir à quelque chose que l'on n'a pas encore vu. Nous avons donc convenu de nous réunir encore une fois après la présentation du projet de loi, pour en discuter. Nous avons donc prévu de nous rencontrer à Toronto à la mi-janvier. On a choisi cette date parce que le personnel du bureau de M^{me} Bégin nous avait avertis qu'à ce moment-là on aurait probablement formulé les propositions de règlements découlant de la loi; on aurait donc l'occasion de discuter de ces règlements avec elle.

Nous l'avons fait; nous sommes allés à une réunion des ministres provinciaux à Toronto. Nous avons également dit à M^{me} Bégin que si elle était disposée à discuter du Règlement avec toutes les provinces réunies cette semaine-là, elle pourrait le faire, car nous nous retrouverions dans la même pièce à Toronto et nous lui avons proposé cela. Elle a refusé; cette dame qui se fait un scrupule d'utiliser l'argent fédéral pour se

[Text]

capital. Not only that; while we were assembled in Toronto, prepared to meet her, and the regulations were ready, we asked if we could see them because we were all there. We were told that she had taken all the copies with her, and that none were available. This is treating the provincial ministers of health as a bunch of truant school children. I want to get that on the record because I am very resentful of it.

The preamble of the proposed act asks for co-operation among the levels of government if we are going to increase and improve Canadian health care systems. Certainly we have not seen much co-operation from the office of the federal minister.

In conclusion, I wanted to just deal with the bill itself. I think one of my colleagues who was here last week ahead of me, wondered about the title and why it is called the Canada Health Act, because it certainly does not deal with any of the matters of health care that are emerging as national issues. We should be talking about money; we have to. Somebody is going to have to pick up the bill for this bill if it becomes an Act of Parliament. Somebody is going to have to pay for it. As the old saying goes, "There ain't no free lunch". So we have to talk about money.

We have got to address the problems of the aging. I am sure everybody in this room has seen the numerous studies that tell us what is coming at us like a freight train by about the turn of the century. The bill for looking after the aged and the chronically ill is going to be very, very high.

I mentioned earlier the matter of regional disparities and the problems there—the growing and alarming problem of increased utilization. We should be talking more about preventive medicine. We should be looking at alternatives, rather than just the curing end of the formula. We should be looking at better ways in which to keep people well, rather than treating them after they are sick.

This bill addresses none of those. In our view, it is merely a punitive bill that says: "If you do not do things our way, we are going to withhold tax money that we have collected from your provinces, and punish you on a dollar-for-dollar basis." There is no other way of reading the bill. That is one of the reasons we are so very opposed to it.

The preamble talks of co-operation. I think it is there on the part of the provinces. I think it has been demonstrated in spades ever since 1968 and 1969 when the provinces started entering the Canadian health care plan.

Lastly I want to make reference to the constitutional aspect of the bill. I am sure it is no secret that all the provinces have had legal opinions prepared regarding the legality and the constitutionality of the bill.

I am reading now a direct quote from one of the legal opinions we got from a pretty eminent Crown counsel in Alberta. He says:

[Translation]

rendre à Halifax a préféré faire un voyage dans chacune des capitales provinciales. Il y a plus: Nous étions tous réunis à Toronto, disposés à la rencontrer; le règlement était rédigé et nous avons demandé à le voir, étant donné que nous étions tous présents. ' On nous a dit qu'elle était partie avec tous les exemplaires du Règlement, qu'il nous était impossible d'en obtenir copie. Agir ainsi, c'est traiter les d'enfants d'école. Je tiens à le préciser, à vous signaler à quel point j'en suis vexé.

Le préambule du projet de loi reconnaît que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements. Mais le bureau du ministre fédéral n'a certainement pas fait preuve d'une grande coopération.

En terminant, j'aimerais parler du projet de loi proprement dit. Un de mes collègues qui a comparu devant vous la semaine dernière se demandait pourquoi on qualifie cette loi de Loi canadienne sur la santé, car elle ne porte aucunement sur des questions de soins de santé qui revêtent une importance nationale. Il faudrait discuter de finances: nous devons le faire. Si ce projet de loi est adopté, quelqu'un devra payer la note. Comme on le dit communément: Rien n'est gratuit en ce bas monde. Il faut donc discuter de finances.

Nous devons nous pencher sur la question du vieillissement de la population. Tous les gens dans cette pièce, j'en suis convaincu, ont pris connaissance des nombreuses études sur la situation qui nous pend au bout du nez, vers la fin du siècle. Les soins assurés à la population vieillissante et aux malades chroniques coûteront très, très cher.

J'ai parlé un peu plus tôt des problèmes attribuables aux disparités régionales, du problème croissant et d'une plus grande utilisation du système. Il faudrait discuter de la médecine préventive. Il faudrait étudier d'autres options plutôt que de nous limiter à la médecine curative. Il faudrait trouver de meilleures façons d'assurer le bien-être des gens plutôt que de les traiter lorsqu'ils sont malades.

Ces questions ne sont pas traitées dans le projet de loi. À notre avis, il s'agit tout simplement d'un projet de loi à caractère punitif axé sur ce principe: «Si vous n'acceptez pas notre façon faire les choses, nous retiendrons les recettes fiscales de vos provinces, nous vous punirons en conséquence.» Il est impossible d'interpréter le projet de loi autrement. Voilà une des raisons pour lesquelles nous y sommes si vivement opposés.

Il est question de coopération dans le préambule. La coopération semble viser les provinces. On en a eu des preuves patentes depuis 1968 et 1969, lorsque les provinces ont commencé à adhérer au système.

En dernier lieu, je veux parler de la constitutionnalité du projet de loi. Personne n'ignore que toutes les provinces ont demandé des avis juridiques concernant la légalité et la constitutionnalité du projet de loi.

Je vous cite maintenant un extrait d'un des avis juridiques formulé par un éminent avocat de la Couronne de l'Alberta. Voici:

[Texte]

Bill C-3 represents the rawest and most pervasive and invidious exercise of the so-called federal spending power in the history of Canada. It surpasses anything previously enacted by Parliament.

So when you are voting to pass the bill, I hope those words will stay in your mind.

• 1610

I wanted to talk about two specifics in the Bill, which deal generally with the five principles of medicare. There is no question that we support those; there is no question that we are willing to give the federal government the visibility, the recognition that they ask for. So I do not think we have any problem with that part of the Bill. However, the two things that seem specifically directed towards a few of the provinces, Alberta being one of them, are the concerns with hospital user fees or co-insurance and the matter of doctors' extra billing.

The extra billing statistics are something that can be very easily misunderstood. Frankly, I think it is a tempest in a tea pot. We do not regard our doctors as civil servants or bureaucrats. We regard them as members of the free enterprise system, in the free marketplace. Never have we assumed that the schedule of benefits under the Alberta health care plan is intended in 100% of the cases to cover 100% of the doctor's bill. I think Albertans understand that and the doctors understand that, and I believe that philosophy and attitude have been dealt with in a very judicious manner.

As I mentioned earlier, we do keep monthly statistics on a carefully monitored basis of what is going on. For October of 1983 we have just under 33% of our doctors' extra billing. Now, a doctor is deemed to be an extra billing doctor, even if he only extra bills one time a year.

The percentage of services extra billed was 4.5% and we have about a half a million services a week which are paid for. So that month 4.5% were extra billed and it amounted to less than 3% of the payments made under medicare. So you can see, if one-third of the doctors collectively are extra billing, billing 4.5% of the services provided at less than 3% of the cost of the total payments made, then, in our view, extra billing is not a major problem.

The hospital user-fee program, which we have developed in Alberta... We responded publicly, when this Bill came out, by saying we intended to keep it. It has been a very good means of budget control. What we have said to hospital boards is, look, there is not a bottomless barrel of money any more. We used to give them 100% of their budgets globally. If they ran a deficit at the end of the fiscal year, we wrote another cheque to cover the deficit, and some of those deficits were getting pretty big. A couple of years ago we had to say to them: Look, the boom days are over, there is not a limitless

[Traduction]

Le projet de loi C-3 est la contrefaçon la plus crue, la plus envahissante, la plus injuste du prétendu pouvoir de dépense fédérale que l'on connaisse dans l'histoire du Canada. Jamais encore le Parlement n'a adopté une loi semblable.

J'espère que vous vous rappellerez ces mots lorsque viendra le moment de le mettre aux voix.

Je voulais relever deux questions précises du projet de loi, qui portent de façon générale sur les cinq principes de l'assurance-santé. Nous sommes d'accord sur ces principes, nous sommes disposés à donner au gouvernement fédéral toute la vedette, la reconnaissance qu'il demande, n'en doutez pas. Nous n'avons donc rien à redire sur cette partie du projet de loi, à mon avis. Toutefois, deux questions semblent viser précisément quelques-unes des provinces, dont l'Alberta: il s'agit des frais modérateurs demandés par les hôpitaux ou l'assurance complémentaire, et la surfacturation pratiquée par les médecins.

Il est très facile d'être trompé par les statistiques sur la surfacturation. Franchement, il s'agit à mon avis, d'une tempête dans un verre d'eau. Nous ne considérons pas nos médecins comme des fonctionnaires ou des bureaucrates. À notre avis, ils sont membres d'un système de libre entreprise dans un marché libre. Nous n'avons jamais supposé que le barème des avantages devait dans tous les cas couvrir 100 p. 100 l'honoraire du médecin. Tant les Albertains que les médecins comprennent cela, à mon avis, et je crois qu'on a tenu compte de ce principe et de cette attitude d'une façon très raisonnable.

Comme je l'ai signalé un peu plus tôt, nous tenons des statistiques mensuelles en vue de contrôler la situation de façon très rigoureuse. En octobre de 1983, un peu moins de 33 p. 100 de nos médecins procédaient à la surfacturation. Or, un médecin fait partie de ce groupe même s'il ne demande la surfacturation qu'une fois par année.

Le pourcentage des services surfacturés s'élevait à 4.5 p. 100, et nous payons environ un demi million de services par semaine. Par conséquent, 4.5 p. 100 des services ont fait l'objet d'une surfacturation au cours de ce mois et cette surfacturation représentait moins de 3 p. 100 des versements au chapitre de l'assurance-santé. Par conséquent, étant donné qu'un tiers de tous les médecins procèdent à la surfacturation, qu'ils surfacturent 4.5 p. 100 des services assurés, que ces services représentent moins de 3 p. 100 des paiements, vous comprendrez pourquoi nous ne considérons pas la surfacturation comme un problème d'importance.

Passons maintenant au programme permettant aux hôpitaux de demander des frais modérateurs; lorsque ce projet de loi a été publié, nous avons manifesté notre intention de maintenir ce programme en Alberta. Il s'est avéré un bon moyen de contrôler le budget. Nous avons dit aux conseils d'administration des hôpitaux qu'il n'y avait plus de vaches grasses. Nous avions l'habitude de leur remettre 100 p. 100 de leur budget global. Si les hôpitaux étaient dans une situation déficitaire à la fin de l'exercice financier, nous leur donnions un chèque d'appoint; mais certains de ces déficits prenaient de l'enver-

[Text]

supply of money any more. You are going to have to manage on what we give you and you are going to have a choice. If you cannot manage on what we give you, you can either close down beds and reduce services or you can start charging your customers. But you know your community better than we do and you have to read whether citizens are going to be willing to pay some nominal amount by way of a hospital user fee or whether they would rather accept a reduction in services. There is an end to what we can fund. That is the policy or the philosophy embedded in the hospital user-fee program. It has worked miracles in its first year.

We are approaching the end of this first fiscal year with user fees in existence. No hospital board yet has given notice that they intend to use them and no hospital board yet has indicated that it is going to have a deficit at the end of the year. Somehow they have managed and it has just been an incredible means of budgetary control. So if we do get user fees running into several millions a year, we believe it would still be to our great financial advantage, as a provincial government, to take the penalty that is proposed in Bill C-3 and to continue with our hospital user fee program.

• 1615

Mr. Chairman, I have spent my time here, I guess, expressing my frustration over the events of the last two and a half years, trying to put in the bluntest language possible why Alberta, as a government, is very concerned about this Bill and very much opposed to it. I guess it sounded like not a very happy message.

I would like to end, if I could, on a more positive note and refer you to the last page of the brief which is in front of you, and you will see that as a government we are suggesting that there is perhaps a better way of dealing with the emerging health care problems as we have identified them than the passage of this bill. We have made three suggestions. The first is a commitment of co-operation between the federal and provincial ministers to reassess the system and include a detailed examination of ways of containing health care costs. I must emphasize the matter of costs, because that is going to be before us, in Spades.

Our second suggestion is:

That the Federal Government develop with the provinces an appropriate funding mechanism . . .

to return to the days when it was a cost-sharing, 50-50 proposition. That is put in there because we are concerned, like the other Provinces, about the tilt toward the new ratios, and I mentioned in the case of Alberta last year, it is 68:32.

[Translation]

gure. Il y a deux ans, nous leur avons dit que le boom était terminé, que nous ne pouvions plus nous permettre des dépenses somptuaires. Nous avons demandé aux hôpitaux de s'en tenir aux sommes que nous leur remettrions et de faire un choix. S'il était impossible d'exploiter l'hôpital en fonction des sommes consenties, ces derniers pouvaient réduire le nombre de lits ou les services ou commencer à facturer les patients. Mais ce sont les hôpitaux qui connaissent mieux les collectivité qu'ils desservent et ce sont eux qui doivent décider si les citoyens seront disposés à payer une somme nominale sous forme de frais modérateurs ou s'ils accepteraient plutôt une réduction des services. Nous ne pouvions plus tout financer. Voilà la notion qui sous-tend le programme des frais modérateurs exigés par les hôpitaux. Au cours de la première année de son application, ce programme a produit des miracles.

C'est pratiquement la fin du premier exercice financier durant lequel on a permis l'application des frais modérateurs. Jusqu'à présent, aucun conseil d'administration d'un hôpital nous a avisé qu'il avait l'intention de recourir aux frais modérateurs ou qu'il serait dans une situation déficitaire à la fin de cet exercice. D'une façon ou d'une autre, ils se sont tirés d'affaire; le programme s'est avéré un moyen de contrôle budgétaire inouï. Par conséquent, si notre note des frais modérateurs s'élève à plusieurs millions par année, il serait encore avantageux, sur le plan financier, que l'Alberta continue d'exploiter son programme, en dépit de la punition prévue dans le projet de loi C-3.

Monsieur le président, je me suis permis d'exprimer, en quelque sorte, un sentiment de frustration par rapport aux événements survenus depuis deux ans et demi; j'ai tenté d'exprimer dans un langage le plus cru possible pourquoi le gouvernement albertain s'intéresse et s'oppose vivement à ce projet de loi. Je suppose qu'il ne s'agit pas d'un témoignage très réjouissant.

Si vous le permettez, je vais terminer sur un commentaire un peu plus positif en vous demandant de retourner à la dernière page du mémoire qui se trouve devant vous; vous noterez que le gouvernement albertain suggère qu'il y aurait peut-être une meilleure façon de régler certains problèmes qui surgissent en matière de santé que l'adoption de ce projet de loi. Nous avons formulé trois propositions. Premièrement, les ministres fédéral et provinciaux doivent s'engager à collaborer et à étudier le système et à trouver une façon très claire de limiter les dépenses. Je mets l'accent sur les dépenses car nous verrons bientôt de quel ordre elles peuvent être.

Voici notre deuxième proposition:

Que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, établisse un mécanisme de financement . . .

Cela nous ramènerait à l'époque où il s'agissait des frais partagés à raison de 50 p. 100-50 p. 100. Nous avons soulevé cette question car, à l'instar des autres provinces, nous craignons une tendance qui nous amènerait vers une nouvelle formule de partage; j'ai signalé qu'en Alberta l'an dernier, il s'agissait de 68:32.

[Texte]

And last but not least, if we are going to pass Bill C-3, let us try and develop some amendments to it through some meaningful federal-provincial consultation so that we are at least looking at a Bill that we feel has been through some kind of compromise. This was laid on us, unilaterally; it is punitive and in our view it does not deal with the health care issues facing our nation.

Thank you very much.

The Chairman: Thank you again, Mr. Minister, for coming here this afternoon and for your long and detailed statement.

We are informed that the vote may take place around 5 p.m. or so. So I would like the co-operation of the committee and perhaps the lead-off speakers could have about seven minutes and somewhat less for those we can reach later on.

I have been informed that Mr. Taylor will lead off. Mr. Taylor.

Mr. Taylor: Thank you, Mr. Chairman. There are really just two points I would like to raise, Mr. Minister. The first one, you mentioned that the federal government now pays 14% of the medical care costs and hospital care costs in Alberta. With the tax transfer, what percentage is it they pay?

Mr. Russell: It is 32% with the tax transfer.

Mr. Taylor: And the tax transfer is money that came from Alberta, collected from Alberta under the tax transfer agreement?

Mr. Russell: It is not quite that. It goes back to the establishment of the EPF program whereby the federal government agreed to give personal and corporate income tax points to the Provinces for the purposes of advanced education and health. So those are provincial tax points now. We collect them and levy them and budget them, but we still assess their cash value for purposes of these programs.

Mr. Taylor: Yes. But that does appear on the income tax as provincial or federal?

Mr. Russell: Yes.

Mr. Taylor: Provincial?

Mr. Russell: Yes.

Mr. Taylor: If the federal government now paid 50%, as the federal Minister has said several times in the House, would there be very much of a problem?

Mr. Russell: Mr. Chairman, that is very interesting. Certainly there are going to be, in my view, major financial problems facing the country trying to pay for the health care bill. But in our view, a bigger problem is this taking away, through Bill C-3, the regional flexibilities and different approaches that the Provinces have vis-à-vis the delivery of their health care programs.

[Traduction]

Enfin, s'il faut adopter le projet de loi C-3, tentons au moins de formuler des amendements qui seraient le fruit d'une consultation fédérale-provinciale raisonnable, ne serait-ce que pour nous donner l'impression que ce projet de loi a été adopté grâce à un compromis de part et d'autre. Ce projet nous a été imposé de façon unilatérale; il a un caractère punitif et, à notre avis, il ne porte pas sur les questions de santé qui intéressent notre nation.

Merci beaucoup.

Le président: Monsieur le ministre, je vous remercie encore une fois d'avoir comparu cet après-midi et d'avoir prononcé une déclaration longue et précise.

On nous dit que la mise aux voix d'une motion pourrait avoir lieu à environ 17 heures. Je demanderais donc aux membres du Comité de collaborer avec moi; je pourrais accorder sept minutes aux premiers intervenants et un peu moins pour ceux qui suivront.

On m'a dit que M. Taylor a demandé de prendre la parole. Monsieur Taylor.

M. Taylor: Merci, monsieur le président. J'aimerais soulever deux questions, monsieur le ministre. Tout d'abord, vous avez dit que le gouvernement fédéral défraie actuellement 14 p. 100 des soins médicaux et des soins hospitaliers en Alberta. En vertu du transfert fiscal, quel pourcentage paye-t-on?

M. Russell: Il s'agit de 32 p. 100.

M. Taylor: Il s'agit de sommes qui proviennent de l'Alberta, qui ont été perçues par l'Alberta aux termes de cette entente?

M. Russell: Pas tout à fait. Cela remonte à la mise en oeuvre d'un programme de financement des programmes établis selon lequel le gouvernement fédéral consentait à accorder aux provinces des points fiscaux aux individus et aux sociétés pour favoriser des progrès sur les plans de l'éducation et de la santé. Il s'agit donc de points fiscaux provinciaux, à l'heure actuelle. Nous percevons les taxes, nous établissons un budget; mais nous fixons encore leur valeur comptable dans le contexte de ces programmes.

M. Taylor: Oui. Mais pour les fins de l'impôt sur le revenu, s'agit-il d'un poste qui relève du gouvernement provincial ou fédéral?

M. Russell: Oui.

M. Taylor: Provincial?

M. Russell: Oui.

M. Taylor: Si le gouvernement fédéral payait 50 p. 100, dorénavant, comme le ministre fédéral l'a dit à plusieurs reprises à la Chambre, y aurait-il beaucoup de problèmes?

M. Russell: Monsieur le président, c'est très intéressant. À mon avis, il y aurait certainement des problèmes financiers importants si le pays tente de payer la note des soins de santé. À notre avis, il existe un plus grave problème, du fait que le projet de loi C-3 supprime la souplesse accordée aux régions et les diverses méthodes de prestations des services choisies par les provinces.

[Text]

• 1620

I think our nation is too big and too varied to say you can apply one set of rules and that will manage a system that wide and that varied. This is our frustration. Quebec, for example, can manage very well without allowing any of its doctors to extra-bill; but Alberta has entirely an opposite point of view. Some provinces use premiums. Some use sales tax. Some use a gasoline tax. The elected governments in each province respond to what they perceive their citizens will accept.

Mr. Taylor: Thank you.

The other point Mr. Minister, is on the double-billing. The first point that I want to say is that in my riding I have been unable to find any doctor, any family physician, who double-bills. It seems to me the double-billing is being done by specialists; and it would be a shame if we drove specialists out of our country. We all need them.

You may have a comment on that. But the point I want to make is that the Minister is so definitely against double-billing, yet if she carries out this Bill the way it is and keeps money from going to Alberta, and Alberta then has to tax the people a second time, that is double-billing . . . double-billing in taxes; which is just as severe as, maybe worse than, double-billing in medicare, because medicare double-billing is only on those who can afford it, not on the poor, not on the needy, not on the aged. I do not know of one case in the Province of Alberta where there has been anyone who is poor, needy, aged, or in any particular type of need and who has been double-billed. The doctors have made sure they double-bill people who are well able to pay. But the double-billing of the federal government in taxes if they carry out this threat I think is very, very bad, and I question their legal right to do it.

I wonder if you have any comments on that particular point, that actually the government, while it is decrying double-billing, is carrying out double-billing in taxation.

Mr. Russell: I suppose there is a variety of ways one could describe how provinces raise money to pay the bills, or what might be construed or defined as extra-billing. In my view, this is taking a sledge-hammer to kill a fly. We are talking about, in the case of Alberta, a \$2.8 billion annual program, and we are going to have a Bill like this to deal with a problem in the scope of \$10 million. We are frankly puzzled by it.

Some of the extra-billing—we know who is doing it. Plastic surgeons do it to a great degree. Unfortunately obstetricians and gynaecologists are doing it when they perform therapeutic abortions. There they have, of course, a captive audience, and they are able to do that. But that is another issue I will not even talk about.

Mr. Taylor: There is one other point, if I still have one minute. The federal Minister has made many claims about Alberta eroding medicare. I do not know of one case where Alberta is eroding medicare; but I do know that the Minister is

[Translation]

A mon avis, notre pays est si grand et varié qu'on ne peut y appliquer un règlement qui lui réussira. Voilà ce qui nous frustre. Le Québec, par exemple, peut très bien se tirer d'affaires sans permettre à ses médecins de procéder à la surfacturation, mais l'Alberta prend le contre-pied. Certaines provinces utilisent des primes. D'autres, une taxe de vente. Certaines imposent une taxe d'essence. Les gouvernements élus de chaque province prennent les mesures qui, à leur avis, satisferont leurs citoyens.

M. Taylor: Merci.

Monsieur le ministre, mon autre question porte sur la surfacturation. Dans ma circonscription, je n'ai trouvé aucun médecin, aucun omnipraticien, qui procède à la surfacturation. Il me semble que ce sont les spécialistes qui y font appel; et il serait malheureux de les faire quitter le pays. Nous avons tous besoin d'eux.

Vous voudrez probablement en parler. Mais si le ministre s'acharne contre la surfacturation, et si elle réussit à faire adopter ce projet de loi sans amendement, ce qui empêchera certaines sommes d'aboutir en Alberta et obligera l'Alberta à imposer une nouvelle taxe à ses citoyens, il s'agira bel et bien d'une double facturation, d'un dédoublement de taxes; c'est tout aussi grave, sinon pire que la surfacturation des soins médicaux car dans ce dernier cas, cette mesure ne vise que ceux qui peuvent payer, non pas les pauvres, les nécessiteux ou les vieillards. En Alberta, je ne crois pas que l'on trouve des pauvres, des nécessiteux ou des vieillards et autres qui aient fait l'objet d'une surfacturation. Les médecins s'assurent de surfacturer quelqu'un qui est bien en mesure de payer. Mais la surfacturation du gouvernement fédéral par le biais de taxes, si ce projet de loi est adopté, est une très mauvaise mesure et je doute qu'il soit légal de le faire.

Avez-vous des observations à faire sur cette question; sur le fait que le gouvernement, tout en décriant la surfacturation, y trempe lui-même par le biais de taxes?

M. Russell: Je suppose qu'il y a bon nombre de façons dont on pourrait décrire comment les provinces souscrivent des fonds pour payer les notes ou ce qui pourrait être interprété comme une surfacturation. À mon avis, c'est un peu comme si on prenait un marteau pour tuer une mouche. Dans le cas de l'Alberta, il s'agit d'un programme annuel de 2.8 milliards de dollars; il nous faudra accepter un projet de loi comme celui-ci pour régler un problème de l'ordre de 10 millions de dollars. C'est étonnant.

Nous savons qui procède à la surfacturation. Les chirurgiens plastiques surfacturent beaucoup. Malheureusement, les obstétriciens et les gynécologues surfacturent dans les cas d'avortements thérapeutiques. Bien entendu, leurs patientes sont bien obligées de l'accepter, ce qui leur permet de le faire. Mais il s'agit d'un autre domaine dans lequel je ne m'aventurerai pas.

M. Taylor: Si vous me donnez une autre minute, j'aimerais formuler une autre question. Le ministre fédéral a maintes fois prétendu que l'Alberta est en train d'éroder le système de soins de santé. Mais je n'en trouve aucun exemple; mais je sais que

[Texte]

really the biggest threat to medicare in Canada, because she is prepared to play politics with medicare. I have not seen a case of that in the Province of Alberta or any other province; but the Minister is continually playing politics with medicare.

Have you any comments on that?

Mr. Russell: I opened my comments by saying I really do not believe support of medicare is a political or provincial thing any more. I think everybody in the country supports the program; and a party would be mad or insane to say we are going to abolish or dilute medicare. Nobody wants to do that. In fact, the records show that more and more and more of our resources and our gross national product are going towards the support of this very expensive health care program, and we are all committed to it. I mean, I have seen the pictures of the posters, the little injured hockey player, the lady with triplets and all that stuff. We all love them and we all pay their bills, so there is no debate.

• 1625

The Chairman: Thank you, Mr. Taylor. Father Ogle.

Mr. Ogle: Thank you, Mr. Chairman. If I could, I would just like to continue a little bit in that general direction of what I would call the philosophy behind the whole question of medicare. I am from Saskatchewan, and I was more or less active in 1962 when the whole medicare idea came into existence, and that is a very short time ago taking in the realm of a nation's history. In July 1962 when there was the doctors' strike in Saskatchewan, historically the Liberal Party, the Conservative Party, the medical association, every radio station, every newspaper except one—the *Prairie Messenger* a little Catholic newspaper run by the Benedictine monks—was against the idea.

Now in 22 years, to my mind, there has been a profound change in attitude among practically all the groups including the P.C. Party federally, at least, just recently supporting this Bill.

Now I can feel your frustration, I can just hear it coming out of you, but how do you plan to face that because I think you are dealing with something that is going to happen? How for instance is the Government of Alberta going to react? Are doctors going to opt out of the system and so on? Are you going to find a way to live with the reality?

Mr. Russell: I believe that we will have to bring in an opting-out system for doctors who continue to extra-bill. Alberta has had the most wide open and freest system, if I can describe it that way, of any of the provinces so that on the one hand they can bill through the system built up by medicare, on the other hand they can extra bill as they please. Frankly, I think they have used that right with increasing jurisprudence. But we are trying to prepare our people. We say, and we believe, that doctors are not all equal in ability. After all, 50% of them were at the bottom half of their class—all the ones I know were—they have all had different degrees of experience,

[Traduction]

la plus grande menace au système canadien c'est le ministre fédéral, car elle y voit un enjeu politique. Mais ce n'est pas le cas, ni en Alberta, ni dans d'autres provinces; et pourtant, le ministre continue de nuancer la question de couleurs politiques.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

M. Russell: J'ai commencé ma déclaration en disant que le système ne relève plus de la politique ou des provinces. Il me semble que tout le monde au pays appuie le programme; il faudrait être fou ou insensé pour dire que nous allons abolir le système ou le rendre moins efficace. Personne n'a l'intention de le faire. En fait, d'après les bilans, une partie de plus en plus importante de nos ressources et de notre produit national brut est affectée au maintien de ce programme très coûteux de soins de santé et nous sommes tous engagés à le maintenir. J'ai vu les photos sur les affiches, le petit joueur de hockey blessé, la dame qui a eu des triplets et tout le reste. Nous les aimons bien, nous payons leurs factures, il n'y a pas de discussion à ce sujet.

Le président: Merci, monsieur Taylor. Père Ogle.

M. Ogle: Merci, monsieur le président. Si vous me le permettez, je vais poursuivre un peu ce sujet que je vois un peu comme étant une philosophie sous-jacente à la question des soins médicaux. Je viens de la Saskatchewan, j'étais plus ou moins actif en 1962 quand cette notion de soins médicaux a été lancée, c'était il n'y a pas si longtemps dans l'histoire du pays. En juillet 1962, lors de la grève des médecins en Saskatchewan, comme toujours, le parti libéral, le parti conservateur, l'Association des médecins, toutes les stations de radio, tous les journaux sauf—le *Prairie Messenger*, un petit journal catholique dirigé par les moines bénédictins—étaient contre cette idée.

Vingt-deux ans après, il me semble y avoir un profond changement d'attitude dans presque tous les groupes, y compris le parti conservateur sur le plan fédéral qui, jusqu'à récemment, appuyait le projet de loi.

Je me rends compte que vous êtes frustrés, je l'entends lorsque vous parlez, mais comment prévoyez-vous de faire face à la situation puisqu'à mon avis, vous étudiez une question qui va se concrétiser? Comment, par exemple, le gouvernement de l'Alberta va-t-il réagir? Les médecins vont-ils se désaffilier par exemple? Allez-vous trouver un moyen de faire face à la réalité?

M. Russell: À mon avis, il faudra prévoir un régime de désengagement pour les médecins qui continueront de procéder à la surfacturation. Le régime le plus libre et le plus ouvert se trouve en Alberta, si je peux me permettre de le décrire de cette façon, puisque d'une part les médecins peuvent facturer par le biais du régime de soins médicaux et d'autre part, ils peuvent surfacturer si cela leur plaît. Je crois franchement qu'on a exercé ce droit dans cette province et la jurisprudence dans ce domaine est de plus en plus importante. Nous essayons cependant de préparer nos gens. Nous prétendons, et nous croyons, que les médecins ne sont pas tous de compétences

[Text]

and we believe they are entrepreneurs; they are out there and it is up to the customer just like they would shop for anything else. If they want to find a good doctor, or a bad doctor, or a doctor who does not extra-bill, there is some element of personal responsibility involved in that, and frankly I would like to see price tags on health care services; we are working on that now.

But to get back to the answer to your question, we have now embarked on stage one of educating the public about the costs of health care: Why we are doing what we are doing, injecting some element of personal responsibility and that will continue. I think it is fair to say that if we are forced to take these punitive financial sanctions proposed in Bill C-3 we are prepared to do that.

Mr. Ogle: Just one more question, Mr. Chairman, a question of premiums which Alberta still has I believe.

Mr. Russell: Yes.

Mr. Ogle: Would Alberta ever look at the neighbour Province of Saskatchewan where there are no premiums and move in that direction, or would you think of increasing premiums, or have you . . . To me that seems to be a regressive tax in the way the poor person pays way out of proportion to a rich person.

Mr. Russell: I do not know if it is any more regressive than some other schemes. We are one of three provinces I believe that still have a premium system. Our plan is called the Alberta Health Care Insurance Plan, and to get insurance people pay premiums like you do for insurance, and they get coverage and more recently, if they had not paid their premiums they do not get the coverage. They have to pay the bill themselves; but that is a choice made by them, not government. We have tried to keep the revenue from our premium system at about one-third of the total medical services bill. So, last year if it was \$600 million for total medical services, we tried to collect about \$200 million.

• 1630

Now, many employee groups have negotiated all or part of the health care premium as a benefit of employment, so there are a variety of ways in which it hits the individual Albertan in his or her pocket book. The senior citizen, of course, pays no premiums. Low-income people pay either no premiums or a 50% premium, based on a sliding income scale. Then there are emergency financial-assistance programs for people who suddenly find themselves under financial constraints. I do not think it is any more onerous than a sales tax, which is applied to everything you buy, or a gasoline tax, which is applied across the board to every gallon of gasoline.

[Translation]

égales. Après tout, 50 p. 100 d'entre eux étaient dans la dernière moitié de la classe—tous ceux que je connais l'étaient—leur expérience se situait à des degrés divers, et nous croyons que ce sont des entrepreneurs; les médecins exercent leur profession, mais c'est aux clients de se renseigner avant de choisir. S'ils veulent trouver un bon médecin, ou un mauvais médecin, ou un médecin qui ne fait pas de surfacturation, il y a un certain élément de responsabilité et j'aimerais franchement qu'on établisse des prix pour les divers services de soins de santé. Nous y travaillons.

Pour revenir à ma réponse à votre question, nous en sommes à la première étape de notre campagne d'éducation du public au sujet des coûts de l'assurance-santé: pourquoi faisons-nous ce que nous faisons, pourquoi présentons-nous un élément de responsabilité personnelle pour l'avenir. Je crois qu'il est juste de répondre que si nous sommes forcés de prendre des sanctions punitives financières comme le propose le projet de loi C-3, nous sommes disposés à le faire.

M. Ogle: Une dernière question, monsieur le président, au sujet des primes qui existent toujours en Alberta, je crois.

M. Russell: Oui.

M. Ogle: L'Alberta jettera-t-elle un coup d'oeil du côté de la Saskatchewan où il n'y a plus de primes, pour faire la même chose, ou croyez-vous que des primes plus élevées, ou . . . Cela me semble une imposition régressive dans ce sens que le pauvre paye de façon disproportionnée comparativement aux riches.

M. Russell: Je ne sais pas si ce projet est plus régressif que d'autres. Nous sommes une des trois provinces, je crois, où il existe toujours un régime de primes. Notre régime s'appelle l'*Alberta Health Care Insurance Plan*, et pour obtenir l'assurance-santé, les gens doivent payer une prime de la même façon qu'on paie une prime pour l'assurance, et sont couverts par l'assurance; récemment, si ces gens ne versaient pas leurs primes, cette couverture était retirée. Ils doivent payer leurs factures; mais c'est un choix qu'ils font, ce n'est pas celui du gouvernement. Nous avons tenté de garder le revenu de notre système de primes au tiers environ de la facture totale des services médicaux. Par conséquent, l'an dernier, il en a coûté 600 millions de dollars pour l'ensemble des services médicaux, et nous avons essayé de percevoir 200 millions de dollars environ.

De nombreux groupes d'employés ont négocié en totalité ou en partie la prime de soins de santé comme avantage social; par conséquent, le portefeuille de chaque Albertain s'en ressent de façon différente. Les personnes âgées, par exemple, ne payent pas de primes. Les gens à faible revenu ne payent pas de primes ou paient la moitié de la prime, c'est fondé sur une échelle de revenu mobile. Il y a également les programmes d'aide financière d'urgence pour ceux qui se trouvent soudainement en difficulté financière. Je ne crois pas que le système soit plus lourd que celui de la taxe de vente qui s'applique à tout ce que vous achetez, ou de la taxe sur l'essence que vous payez partout pour chaque gallon d'essence que vous achetez.

[Texte]

We recognize what the sources of income are. There are lottery funds; there is taxation; there are premiums. I do not know of any other source of money. We pride ourselves that we have the lowest form of taxation in Alberta, and still have no sales tax. We have been fortunate in that energy revenues have been able to pay, up until a year ago, for the majority of these very expensive social programs.

The Chairman: Thank you. I will call Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I want to share with the others in welcoming the Minister, whom I had occasion to meet on a few occasions, when we discussed health care and the financing of health care, among other things.

The last question, I guess, helps me make my point. The basic difference between the sales tax and a premium is that the person who can afford to buy a Cadillac would pay more tax than the person who decides he cannot afford even to buy a car and has to take the bus. The person who can afford the Cadillac decides freely to buy the Cadillac and pay the tax. The person who cannot, will not pay any tax; that is the basic difference.

I think what we have here, and there is no reason to hide this or to apologize for it, is we have a basic, philosophical difference in terms of financing health care. I agree with you that it is very costly; it is going to be even more costly. I agree with you that governments should sit down, amongst themselves and with the providers and the consumers in the system, with a view to grappling with this problem. There is no disagreement on the fact that it is costly. The question is: What are the means to finance it? And there we have the philosophical difference. You agree with one means and most of the people in Parliament obviously agree with another means. If we see the debate on second reading, the three parties in the House of Commons have accepted, as Father Ogle has said, that medicare, or health care, will be financed as much as possible publicly and not privately, and that the moneys to finance it will be raised on the ability to pay, not on a user basis, and as much as possible, not with regressive taxes.

Now, if it is true that under the Constitution, health care is the responsibility of the provinces . . . of course, none of what we are doing in all fiscal arrangements has ever been tested in the Supreme Court of Canada. Maybe all of what we are doing in the Parliament of Canada in post-secondary education and health is unconstitutional. Maybe down the road, that will turn out to be the case.

In this bill we are trying to keep within what we see as the federal-provincial line, which up to now has been a matter of political judgment, as I said, because the court has not dealt with it. We tried not to intrude into provincial jurisdiction. What we are doing, we believe, is to use reasonably the spending power under the Constitution, to say for certain

[Traduction]

Nous savons quelles sont les sources de revenus. Il y a les fonds de loterie, les impôts, les primes. Je ne connais pas d'autres sources d'argent. Nous sommes fiers d'avoir l'imposition la plus faible en Alberta, et nous n'avons pourtant pas de taxe de vente. Nous avons eu de la chance puisque les revenus énergétiques nous ont permis de payer jusqu'à il y a un an la majorité de ces programmes sociaux très coûteux.

Le président: Je vous remercie. Je vais maintenant donner la parole à M. Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Je voudrais me joindre aux autres pour souhaiter la bienvenue au ministre, que j'ai eu l'occasion de rencontrer à quelques reprises, quand nous discutons des soins de santé et du financement de l'assurance-santé, entre autres.

La dernière question m'aide en quelque sorte à présenter mon point de vue. La différence fondamentale qui existe entre la taxe de vente et la prime c'est que la personne qui peut se payer une Cadillac payera davantage de taxes que celle qui décide qu'elle ne peut même pas se payer une voiture et doit prendre l'autobus. Celle qui peut s'acheter une Cadillac peut décider en toute liberté et payer la taxe. Celle qui ne le peut pas, ne payera pas de taxe, et c'est ça la différence fondamentale.

Ce que nous avons ici, et il n'y a pas de raison de nous le cacher ou de nous en excuser, c'est une différence fondamentale et philosophique sur le plan financement des soins de santé. Je suis d'accord avec vous, ils sont très coûteux, ils le seront encore davantage. Je conviens avec vous que les gouvernements devraient s'asseoir avec les fournisseurs et les utilisateurs du système, afin de pouvoir vraiment attaquer le problème. Tout le monde est d'accord pour dire que le système est coûteux. La question se pose: quels sont les moyens de le financer? Et c'est là que la différence philosophique surgit. Vous vous êtes mis d'accord sur une façon et la plupart des gens au Parlement sont évidemment d'accord sur une autre. En revoyant le débat pour la seconde lecture, on se rend compte que les trois partis de la Chambre des communes ont accepté, comme le Père Ogle l'a dit, que l'assurance-santé ou les soins de santé soient financés autant que possible sur le plan public et non privé, et que les ressources nécessaires pour le faire proviennent de ceux qui peuvent payer et non pas de l'imposition de frais modérateurs, et autant que possible non pas de l'imposition de taxes régressives.

Si c'est vrai en vertu de la Constitution que les soins de santé sont la responsabilité des provinces . . . évidemment, rien de ce que nous faisons pour les arrangements fiscaux n'a jamais subi l'épreuve de la Cour suprême du Canada. Tout ce que nous faisons au Parlement du Canada pour l'enseignement post-secondaire et les soins de santé est peut-être inconstitutionnel. Peut-être que plus tard, nous nous rendrons compte que c'était le cas.

Nous essayons dans ce projet de loi de demeurer à l'intérieur d'une structure fédérale-provinciale qui, jusqu'à maintenant, était une question de jugement politique, je le répète, puisque les tribunaux n'ont pas eu à étudier la question. Nous avons essayé de ne pas nous immiscer dans les compétences provinciales. Ce que nous faisons, c'est utiliser raisonnablement,

[Text]

programs that are under provincial jurisdiction, if provinces follow certain conditions as laid down by Parliament, supported, I repeat, by the three parties in the House of Commons, which we think are reasonable . . .

• 1635

The second difference we have concerns the degree of social and political risk on the question of accessibility. You say you are not aware that people are impeded in their access to the health care system. I believe you and I think you are sincere when you say that. Maybe you are not aware that I have seen barriers to accessibility. You must agree with me that there is a risk there. You and I really do not know the extent to which financial pressure will or will not be an impediment to accessibility. Surely, you agree that there is a risk. We disagree. You seem to want to take more of a risk than I do. I do not want society to risk people being deterred from going to a hospital emergency ward or to see a physician because they have to choose between that and their pocketbooks.

It seems to me there are the two basic differences between us. Firstly, how to raise the money is a philosophical difference. The other one is the degree of risk.

We cannot negotiate philosophical differences. I believe you started out by saying that there had been no consultation. But then you listed a series of meetings where the Minister had been in attendance. Therefore, do you believe that consultation has to be agreement? It seems to me that the Minister, and the federal government generally . . . I have a list here of meetings which have gone on between Ministers. You are familiar with the Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements—the Hall Report? This list indicates that at least 10 meetings were held between federal and provincial officials to discuss a wide range of issues under the health care system.

The problem is that when we discuss Bill C-3, we have a division in principle. We cannot negotiate principles. We can only negotiate modalities.

I am not sure if this is a question; it is more of a statement. I am trying to respect the clock as much as possible. I would hope that you recognize that there is an attempt in all of this to respect the federal-provincial line. You are probably aware that some groups have come before us and are asking us to go further. We think that the way we are going about this is reasonable and that it does respect the traditional federal-provincial line of responsibility. It may turn out in the future that all of what we are doing is not constitutional.

I would just like to put on the record that I thank you for recognizing, in your answer to Mr. Taylor, that the tax points

[Translation]

croyons-nous, le pouvoir de dépenser prévu aux termes de la Constitution, pour déclarer que certains programmes qui relèvent de la compétence provinciale, si les provinces respectent certaines conditions établies par le Parlement, reçoivent l'appui, je le répète, des trois partis de la Chambre des communes, ce que nous croyons raisonnable . . .

La deuxième différence que nous voyons a trait au degré de risque social et politique que pose la question de l'accessibilité. Vous dites n'être pas au courant du fait que des gens ne peuvent avoir accès au système de prestation de soins de santé. Vous et moi savons que vous êtes sincère lorsque vous faites cette déclaration. Vous ne savez peut-être pas que j'ai vu des obstacles se dresser devant cette accessibilité. Vous devez convenir avec moi qu'il y a là un risque. Vous et moi ne savons pas vraiment dans quelle mesure les pressions financières seront ou non un obstacle à l'accessibilité. Vous êtes sûrement d'accord pour dire qu'il y a un risque. Nous ne sommes pas d'accord. Vous semblez vouloir prendre davantage de risques que moi. Je ne veux pas que dans la société on risque de voir des gens dissuadés de se rendre dans des salles d'urgence ou d'aller voir un médecin parce qu'ils doivent choisir entre cette visite et leur portefeuille.

J'ai l'impression qu'il y a deux différences fondamentales entre nous. Premièrement, comment obtenir de l'argent, c'est une différence philosophique. L'autre différence c'est le degré de risque.

Nous ne pouvons pas négocier les différences philosophiques. Vous avez commencé par dire qu'il n'y avait pas de consultation. Vous avez ensuite énuméré une série de réunions auxquelles le ministre a assisté. Par conséquent, croyez-vous que la consultation doit être un accord? J'ai l'impression que le ministre, et de façon générale le gouvernement fédéral . . . J'ai ici la liste des réunions qui ont eu lieu avec les ministres. Vous connaissez le groupe d'étude sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux—le rapport Hall? D'après la liste, il semble qu'il y ait eu au moins 10 réunions auxquelles ont participé des hauts fonctionnaires fédéraux et provinciaux pour débattre d'une grande diversité de questions relevant du système de prestation des soins de santé.

Le problème c'est que lorsque nous discutons du projet de loi C-3, nous avons en principe une division. Nous ne pouvons pas négocier les principes. Nous ne pouvons que négocier les modalités.

Je ne suis pas certain que ce soit là une question, c'est plutôt une déclaration. J'essaie de respecter mon temps de parole autant que possible. J'espère que vous reconnaîtrez qu'il s'agit là d'une tentative de respecter la ligne de conduite fédérale-provinciale. Vous savez probablement que nous avons reçu la visite de certains groupes qui nous demandent d'aller plus loin. Nous croyons que notre façon de procéder est raisonnable et qu'elle respecte la ligne traditionnelle de responsabilité fédérale-provinciale. Il se peut qu'à l'avenir nous nous rendions compte que tout ce que nous faisons n'est pas constitutionnel.

Je voudrais vous remercier publiquement d'avoir reconnu, dans votre réponse à M. Taylor, que les points fiscaux faisaient

[Texte]

were part of the deal in 1977 and as such they should be counted as the federal contribution. However, my figures show that, if you count the cash and tax points, the 1982-83 federal contribution in Alberta is 48.6% of medicare and hospitalization. I am not talking about overall expenditures here because only medicare and hospitalization were originally part of the deal. My figures show that it was 48.6% for the last year for which I have numbers.

Considering that, even under cost sharing, it was never 50-50 in any one given province. It was 50% of the national average cost. Would you not agree with me that, in view of the economic boom you have had in Alberta and the consequent high demand for health services, chances are that you would have gone over the national average in any event—even with cost-sharing? Do you agree that the federal contribution would have been probably about 48% in any event; that it would not have been 50%?

Mr. Russell: I agree completely. In fact, Alberta benefited very much by the arrangement that I mentioned, vis à vis the transfer of tax points. A tax point was very valuable to us in Alberta during the boom days. It raised them.

Mr. Breau: And they are not equalized downward; they are only equalized upward.

Mr. Russell: That is right. But we have never regarded that, and I want to correct a wrong impression here, as a federal contribution.

Mr. Breau: It was part of the deal.

Mr. Russell: It was part of the deal. They said here, we are not going to track these escalating costs anymore; here is some tax points; you collect them and you use them. And so they are provincial tax points. They are not a federal contribution at all. We collect them through the provincial income tax system. In 1977-1978 fiscal year, our total health care budget was \$822 million, and the total of cash and tax entitlements from the federal government was 49.9%. So we were very close to that 50%. Now, in 1983-1984, the total health care expenditure is \$2.8 billion, and the 49.9% figure has gone down to 32.1%. It is going down . . .

Mr. Breau: Yes, but that is not the relevant figure. The relevant figure is your medicare and hospitalization programs, because those were the only ones that were part of cost-sharing. Overall health expenditures were never part of the deal. The federal contribution was of cash plus tax points, if you do not like the word "contribution", let us say that the tax transfers are just a measure. It was part of the deal in 1977 that they would count for the federal contribution. If you count those, the federal contribution in 1982-1983, is \$737.2 million on medicare and hospitalization expenditures of \$1.5

[Traduction]

partie de l'entente de 1977 et comme tels on doit les voir comme une contribution fédérale. D'après mes chiffres, cependant, si vous calculez l'encaisse et les points fiscaux, la contribution fédérale de 1982-1983 pour l'Alberta était de 48,6 p. 100 pour les frais d'assurance-santé et d'hospitalisation. Je ne parle pas des dépenses globales car seules l'assurance-santé et l'assurance-hospitalisation faisaient partie au départ de l'entente. D'après mes chiffres, cela compte pour 48,6 p. 100 des frais pour l'an dernier dont j'ai les chiffres.

En tenant compte de cela, même en vertu des frais partagés, le partage n'a jamais été moitié, moitié dans aucune province. C'était 50 p. 100 du coût moyen national. N'êtes-vous pas d'accord avec moi, étant donné l'explosion économique qu'on a connue en Alberta et la demande élevée des services de santé qui en a résulté, qu'il y a des risques que vous ayez dépassé la moyenne nationale de toute façon—même avec les frais partagés? Est-ce que vous convenez que la contribution fédérale aurait probablement été de 48 p. 100 de toute façon, qu'elle n'aurait pas été de 50 p. 100?

M. Russell: Je suis tout à fait d'accord. De fait, l'Alberta a beaucoup profité de l'arrangement que j'ai mentionné, sur le plan transfert de points fiscaux. Un point fiscal était très important pour nous en Alberta pendant cette période d'expansion. Cela a facilité les choses.

M. Breau: Il n'y a pas eu de péréquation à la baisse, mais à la hausse seulement.

M. Russell: C'est exact. Nous n'avons jamais vu cela, permettez-moi de corriger une fausse impression, comme étant une contribution fédérale.

M. Breau: Cela faisait partie de l'entente.

M. Russell: Cela faisait partie de l'entente. On dit ici, nous n'allons plus rattraper ces coûts à la hausse, voici des points fiscaux. Vous les percevez et vous vous en servez. Par conséquent, il s'agit de points fiscaux provinciaux. Il ne s'agit plus du tout de contribution fédérale. Nous les recouvrons par le biais du régime fiscal provincial. Pour l'année financière 1977-1978, notre budget global pour les soins de santé s'élevait à 822 millions de dollars, et le total de l'encaisse et des admissibilités fiscales du gouvernement fédéral se situait à 49,9 p. 100. Nous étions bien près des 50 p. 100. En 1983-1984, le total des dépenses pour les soins de santé s'élève à 2,8 milliards de dollars, et les 40,9 p. 100 sont passés à 32,1 p. 100. Il y a une baisse . . .

• 1640

M. Breau: Oui, il ne s'agit pas cependant du chiffre pertinent. Le chiffre pertinent est celui de vos programmes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation, car ce sont les seuls qui faisaient partie des frais partagés. Les dépenses globales en matière de santé n'ont jamais fait partie de l'entente. La contribution fédérale était l'encaisse plus les points fiscaux, si vous n'aimez pas le mot «contribution», disons que les transferts fiscaux ne sont qu'une mesure. Cela faisait partie de l'entente de 1977 qui les comptait comme contribution fédérale. Si vous les calculez, les contributions fédérales pour 1982-1983 s'élèvent à 737,2 millions de dollars pour les

[Text]

billion, which is 48.6%, which is about where it was in cost-sharing with Alberta.

Mr. Russell: But I have explained to you the basis of our total health bill.

Mr. Breau: Oh, I agree.

Mr. Russell: And you are picking out things that you say should only apply to health care funding. That is frustrating, because every time we talk about expansion of programs or citizen demands, we get the stock answer that it is a provincial responsibility under the constitution; yet, on the other hand, the federal Parliament is making it its business as to how we are going to pay for these things. That is the underlying resentment to the act.

Mr. Breau: No, not for . . . we . . .

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Breau, that is your last question.

Mr. Breau: Yes. The reason I am using medicare and hospitalization is because those are the only programs that were cost-shared under the Medical Care Act and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act before 1977. I do not discount that the other health expenditures are very important nor that they put a lot of pressure on your budget, but they were never part of it. Historically, the federal government never contributed to these programs. Maybe we should, that is a political decision to be made in the future. But nothing in this act applies to your health services, other than medicare and hospitalization. So I do not think it is fair for you to say that we are impacting on your capacity to finance other health services, other than medicare and hospitalization, because the Canada Health Act does not touch that. We are talking about hospitals and about medicare, which includes hospitals and physicians. We do not touch at all the other health services.

Mr. Russell: We all know the early history of cost-sharing years, when provinces were encouraged to go after those 50-cent dollars, so they developed the services that were cost-shared and the hospital facilities that were cost-shared. Those grew at a far faster rate than the other services which were not cost-shared, and I think that was understandable. But this comes back, Mr. Breau, to the very essence of our concern about the act. And I put the question to you, in all sincerity: what business is it of the federal Parliament how any of the provinces raises their money for health care? What business is it of theirs?

Mr. Breau: I must answer these questions.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Yes, you are right. I am sorry, Mr. Breau.

[Translation]

dépenses d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation par rapport à la somme globale de 1.5 milliard, autrement dit 48,6 p. 100, ce qui représente à peu près les frais partagés avec l'Alberta.

M. Russell: Mes explications se fondaient sur notre facture totale des soins de santé.

M. Breau: Oh, je suis d'accord.

M. Russell: Vous relevez des choses qui d'après vous ne devraient s'appliquer qu'au financement des soins de santé. C'est frustrant, car chaque fois que nous parlons d'expansion des programmes ou de demandes de citoyens, on nous répond globalement qu'il s'agit d'une responsabilité provinciale en vertu de la Constitution; pourtant, d'un autre côté, le Parlement fédéral en fait son affaire lorsqu'il s'agit de savoir comment nous allons payer ces choses. C'est ce ressenti profond que l'on éprouve face à la loi.

M. Breau: Non, non pour . . . Nous . . .

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Breau, ce sera votre dernière question.

M. Breau: Oui. La raison pour laquelle je soulevais l'assurance-santé et l'assurance-hospitalisation, c'est qu'il s'agissait des seuls programmes à frais partagés avant 1977 en vertu de la loi sur les soins médicaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Je ne nie pas que les autres dépenses en matière de santé soient très importantes ni qu'elles exercent beaucoup de pressions sur votre budget, mais elles n'ont jamais fait partie du système. Historiquement, le gouvernement fédéral n'a jamais contribué à ces programmes. Nous devrions peut-être le faire, mais c'est là une décision politique qu'il faudra prendre à l'avenir. Rien dans cette loi ne s'applique à vos services de santé, sauf pour l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation. Je ne crois donc pas que vous puissiez prétendre que nous fassions des pressions sur votre capacité à financer les autres services de santé, sauf pour l'assurance-santé et l'assurance-hospitalisation, car la loi canadienne sur la santé n'en parle pas. Nous parlons de l'assurance-santé et de l'assurance-hospitalisation, ce qui comprend les hôpitaux et les médecins. Nous ne traitons pas du tout des autres services de santé.

M. Russell: Nous savons tous ce qui s'est passé dans les premières années des frais partagés, quand on encourageait les provinces à demander ces dollars à 50c., elles ont donc mis sur pied les services à frais partagés de même que les installations hospitalières à frais partagés. Ces services ont grossi beaucoup plus rapidement que les autres qui n'étaient pas à frais partagés, c'était compréhensible. On en revient cependant, monsieur Breau, à l'essence même de notre préoccupation concernant la loi. Je vous pose la question en toute sincérité: en quoi cela regarde-t-il le Parlement fédéral de savoir comment les provinces perçoivent leur argent pour les soins de santé? Est-ce que c'est son affaire?

M. Breau: Je dois répondre à ces questions.

Le président suppléant (Mme Killens): Oui, vous avez raison. Excusez-moi, monsieur Breau.

[Texte]

Mr. Breau: I am sorry. I will answer some other time, Dave.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): We are now moving into the five-minute period time, and I have three names on my list: Dr. Halliday, Mr. Lachance and Mr. Epp.

Dr. Halliday: Thank you, Madam Chairman. We certainly want to welcome you here, Mr. Minister. We want also to express our sympathy to you for your fractured arm. Perhaps some day we will find out whether you got extra-billed or not for that.

The bill really deals with the issue of extra-billing and user fees, but you and other witnesses are pretty much in agreement over the many deficiencies in the bill. And you have listed some of those regarding the age and so on, and we have no argument there.

With respect to extra-billing, we do seem to have conflicting evidence. Some of our witnesses tell us that the amount of extra-billing in this country is increasing. Perhaps you could tell us, for Alberta, whether it is increasing if you adjust it for population changes and for inflation.

• 1645

Mr. Russell: Actually it is almost holding steady in terms of constant 1971 dollars. In terms of absolute dollars and of percentage of doctors doing this, it has gone down the last two years. So, really I think we are getting control of it, I really believe that.

Mr. Halliday: The Consumers' Association of Canada was here last week, they are very concerned and cited a lot of figures from Alberta which did not appear in the service to be very laudatory. Among other things they suggest that it was not possible for a person in Alberta to obtain a list of those physicians who extra billed or did not extra bill; they could not get it either from the government nor from the College of Physicians and Surgeons. Is that true?

Mr. Russell: We have been asked, as a government, to publish the names of the individual doctors who do or do not extra bill, and we have refused to do that. We think it is an invasion of a doctor's privacy and to a degree a patient's privacy. There is nothing wrong with a consumer of health care phoning a doctor and asking if he or she extra bills. The Consumers' Association of Canada and one of the large daily newspapers actually did such a survey and were able to draw up a partial list. But I think you can see the difficulty. If a doctor extra bills once a month and everything else is not extra billed, his name would go on the blacklist, greenlist or whatever you want to call it. So it is not an easy issue to deal with.

Mr. Halliday: Mr. Minister, back in late August you were at that conference in Saskatoon. You sat on the panel and I

[Traduction]

M. Breau: Je m'excuse. Je répondrai à un autre moment Dave.

Le président suppléant (Mme Killens): Nous passons maintenant au tour de cinq minutes chacun, et j'ai trois noms sur ma liste: le docteur Halliday, M. Lachance et M. Epp.

M. Halliday: Merci, madame le président. Nous voulons certainement souhaiter la bienvenue au ministre. Nous voulons également lui exprimer notre sympathie à cause de son bras fracturé. Nous saurons peut-être un jour si on vous a surfacturé ou non pour cela.

Le projet de loi traite vraiment de la question de la surfacturation et des frais modérateurs, mais vous-même et d'autres témoins semblez assez d'accord quant aux nombreuses lacunes du projet de loi. Vous en avez mentionné quelques-unes concernant l'âge par exemple et cette question ne prête pas à discussion.

Pour ce qui est de la surfacturation, nous semblons avoir reçu des témoignages différents. Certains de nos témoins nous ont dit que la surfacturation augmente au pays. Vous pourriez peut-être nous dire ce qu'il en est pour l'Alberta, est-ce qu'elle augmente si vous faites le rajustement pour les changements de population et pour l'inflation.

M. Russell: En réalité, les choses demeurent à peu près les mêmes en dollars constants de 1971. En dollars absolus et en pourcentage quant au nombre de médecins qui la pratiquent, je dirais que la surfacturation a diminué au cours des deux dernières années. Nous pensons que nous en avons maintenant le contrôle, je le crois vraiment.

M. Halliday: Les représentants de l'Association des consommateurs du Canada sont venus la semaine dernière, ils étaient très inquiets, ils nous ont mentionné beaucoup de chiffres au sujet de l'Alberta qui ne semblaient pas très élogieux pour le service. Ils ont prétendu, entre autres, qu'il n'était pas possible pour un résident de l'Alberta d'obtenir une liste des médecins qui font de la surfacturation ou ceux qui n'en font pas, ils ne pouvaient pas obtenir ces listes du gouvernement ni du Collège des médecins et des chirurgiens. Est-ce que c'est vrai?

M. Russell: On nous a demandé de publier, en tant que gouvernement, les noms des médecins qui font ou non de la surfacturation, et nous avons refusé de le faire. Nous croyons que ce serait s'immiscer dans la vie privée des médecins et jusqu'à un certain point dans celle des malades. Rien n'empêche le consommateur des soins de santé d'appeler un médecin et de lui demander si il ou elle pratique la surfacturation. L'Association des consommateurs du Canada et un des plus grands quotidiens au pays ont fait une étude de ce genre et ont pu dresser une liste partielle. Vous pouvez voir la difficulté toutefois. Si la surfacturation est effectuée par un médecin une fois par mois et tout le reste ne l'est pas, son nom paraît sur la liste noire, la liste verte ou quelque liste que ce soit. Il ne s'agit donc pas d'une question facile à résoudre.

M. Halliday: Monsieur le ministre, vous avez assisté à la fin du mois d'août à la Conférence de Saskatoon. Vous avez siégé

[Text]

think you made some reference in the course of your testimony to what we sometimes refer to as defensive medicine—where lawyers become very much involved—as a very significant cost problem. I do not think you touched on that in your brief. Do you feel that is still a problem for Alberta and the patients there? Do you feel that is something this Bill should be addressing if we are going to be concerned about costs? Or is it something that the provincial governments should be addressing?

Mr. Russell: I think it is something the provinces are going to have to address. I expressed my concern that the federal Bill does not really touch upon any health care issues. We have established a joint taskforce between the government and the Alberta Medical Association to deal with this increasing utilization in diagnostic and laboratory testing because that is where it is showing up in our bills and in our claims; we are told that a lot of it is defensive medicine. The doctor looking at some of the malpractice suits that have been contested and the awards that are given will now as a matter of course order 12 tests rather than the three, plus his judgment, that he used in previous years. It is growing at an alarming rate and it is something we are going to try and get a handle on working jointly with the profession.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Halliday.

Mr. Halliday: With respect to this Bill which is going to make it difficult for those three provinces that have the premium systems in effect . . . that of course includes your own province—95 although you have intimated you may be choosing to ignore the Bill and proceed with accepting the penalty, is part of the reason you may choose to do this because of the great disruption in the total system that would be caused by this Bill on the collection of premiums and on the utilization of that as part of your source of funding?

Mr. Russell: Well, if we do not have that \$200 million in premium revenue we will have to get it by way of an increased income tax, a sales tax or a gasoline tax as there is no other source available to us. We think it is being paid fairly under the premium system and that it does attach some element of personal responsibility to citizens in that they have to pay something for their health care insurance directly, rather than an anonymous tax which is swallowed up in the annual income tax. So it is done for both fiscal and philosophical reasons. Dr. Halliday, while you were talking, I was looking for the answer to that extra-billing costs. For the years 1980-81 to 1983-84, in per capita 1971 constant dollars, it was \$1.52 in Alberta in 1980-81 and \$1.49 this year.

[Translation]

parmi le groupe d'invités, et je pense que vous avez fait allusion pendant vos témoignages à ce que nous appelons parfois la médecine défensive—où les avocats sont véritablement impliqués—comme étant un problème de coûts important. Je ne pense pas que vous ayez soulevé ce problème dans votre mémoire. Croyez-vous qu'il s'agisse toujours d'un problème pour l'Alberta et les malades de cette province? Croyez-vous que ce projet de loi devrait traiter de la question si nous voulons nous préoccuper des coûts? Croyez-vous qu'il s'agisse plutôt d'une question relevant des gouvernements provinciaux?

M. Russell: À mon avis, les provinces devront étudier le problème. Je me suis dit inquiet du fait que le projet de loi fédéral ne traite pas vraiment des questions de soins de santé. Nous avons créé un groupe de travail mixte avec le gouvernement et l'Association médicale de l'Alberta pour étudier cette question de l'utilisation croissante du diagnostic et des tests en laboratoire, c'est surtout là que ça se voit dans nos factures et nos réclamations. On nous a dit qu'en grande partie il s'agissait de médecine défensive. Les médecins qui étudient les procès pour faute professionnelle qui ont été contestés et voient quelles sommes ont été accordées exigeront maintenant, et de façon régulière douze tests au lieu de trois, en plus de leur propre diagnostic, contrairement à ce qui se faisait dans les années passées. Le rythme augmente à un taux effarant, et il nous faudra travailler conjointement avec les membres de la profession, pour essayer de régler la situation.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Halliday.

M. Halliday: Au sujet du projet de loi qui rendra la situation plus difficile pour les trois provinces qui ont déjà un système de primes en vigueur—cela comprend évidemment votre propre province—même si vous avez laissé entendre que vous choisiriez d'ignorer le projet de loi et accepteriez la pénalisation, est-ce que ce n'est pas en partie à cause du grand chambardement que le projet de loi causera dans le système global lorsqu'il s'agira de percevoir des primes et d'utiliser cet argent comme partie de votre source de financement?

M. Russell: Si nous n'avons pas les 200 millions de dollars de revenus en primes, il nous faudra l'obtenir en augmentant les impôts, la taxe de vente ou la taxe sur l'essence car nous n'avons pas d'autre source. Nous croyons que le régime fonctionne très bien dans le cadre du système de primes et il n'y a aucun élément de responsabilité personnelle pour les citoyens en ce sens qu'ils doivent payer quelque chose directement pour leur assurance-santé, plutôt que de subir une perte anonyme qui se perd dans le montant de l'impôt annuel. Par conséquent, nous procédons de cette façon à la fois pour des raisons fiscales et philosophiques. Monsieur Halliday, pendant que vous aviez la parole, je cherchais la réponse à cette question sur les frais de surfacturation. Pour les années 1980-1981 à 1983-1984, en dollars constants de 1971 et par habitant, ces chiffres étaient de 1.52\$ en Alberta en 1980-1981 et de 1.49\$ cette année.

[Texte]

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Thank you. I have just been advised that we have to be in the House by 5 p.m. So we have five minutes each for Mr. Lachance and five minutes for Mr. Epp.

M. Lachance: Merci, madame le président.

Le président suppléant (Mme Killens): Très bien.

Mr. Lachance: Thank you, Madam Chairman. I would like to ask questions about what is not in the brief by the Minister. We now know that he is against those parts that give conditions in terms of accessibility.

I would like to know, because the Bills do other things—he said himself to consolidate the two Acts... if through his official study of it, there is any serious problem with either the interpretation section, Clause 2, which lists the interpretation of the services and re-establishes the list that exists already, with Clause 3, which spells out the general principles of the bill or Clause 4, which restates the fact that the provinces have the primary responsibility in the provision of health care services. If he has any problems with those, could he spell them out in details for the committee?

Mr. Russell: Like all the other provinces, we have gone through the bill clause by clause and made all kinds of notes and assessments. Following the Toronto meeting, when Madam Bégin came to discuss her draft regulations, we did have a chance to go over the complete list with her at that time. I believe that she is looking again at the questions of what is the terminology in the bill, adequate compensation, sufficient budgets or something for hospitals and adequate compensation for doctors. There are terms like that used. We wanted to know how that was going to be defined. I think she agreed there was a problem there.

We understand the Government of Saskatchewan has put an arbitration proposal forward that deals with the very unilateral way of dealing with the application of the penalties. We are interested in pursuing that proposal because it really is pretty one-sided the way it goes now—a decision by the federal Cabinet and no appeal from that.

Mr. Lachance: Except for those two points which you have already discussed with the Minister, and on which she has expressed flexibility, you do not see serious problems with those clauses that I have already told you about and especially with the list of insured services as it is spelled out now, which is repetition of what exists?

Mr. Russell: No. I should say that when Madam Bégin convened her first conference in the Spring of 1982, we were early to agree that it made sense to consolidate and update the two existing Acts. We have no problem with that; we have no problem with the visibility thing. The surprise in the Bill, which we had no knowledge about, was the 100% coverage, the change from 95% to 100%. With our premium system, that is going to be very difficult for us to attain. In fact, there are some religious groups that will not belong to medicare. So some provinces cannot achieve 100%, even if they want to. So

[Traduction]

Le président suppléant (Mme Killens): Je vous remercie. On me fait savoir que nous devons être à la Chambre d'ici 17 heures et par conséquent M. Lachance pourra bénéficier de cinq minutes ainsi que M. Epp.

Mr. Lachance: *Thank you, Madam Chairman.*

The Acting Chairman (Mrs. Killens): *Okay.*

M. Lachance: Merci, madame le président. Je voudrais poser au ministre des questions qui ne figurent pas dans le mémoire. Nous savons maintenant qu'il s'oppose aux dispositions qui restreignent l'accessibilité.

Je voudrais savoir, puisque les projets de loi ont d'autres fonctions, il a dit lui-même qu'il fallait peut-être regrouper les deux lois, si, lorsqu'il a étudié ce projet de loi officiellement, il s'est opposé d'une manière ou d'une autre à l'article 2, Définitions, qui donne la définition des services et rétablit la liste qui existe déjà, à l'article 3 qui cite les principes généraux du projet de loi ou à l'article 4 qui réaffirme le fait que les provinces sont en premier chef responsables de la prestation des services de santé. S'il s'y oppose d'une manière ou d'une autre, pourrait-il nous en donner les détails?

M. Russell: Tout comme les autres provinces, nous avons examiné ce projet de loi article par article et établi toutes sortes de notes et d'évaluations. A la suite de la réunion que nous avons eue avec M^{me} Bégin à Toronto qui était venue discuter des décrets d'application encore sous forme de projet, nous avons eu l'occasion de lui en soumettre une liste complète à cette époque et d'en discuter avec elle. Je crois qu'elle se penche de nouveau sur les questions de terminologie, de rémunération raisonnable, de budgets suffisants pour les hôpitaux et de rémunération raisonnable pour les médecins. Ce sont les termes utilisés. Nous voulions savoir quelle définition on allait leur donner. Je crois qu'elle a compris qu'un problème se posait.

Nous croyons savoir que le gouvernement de la Saskatchewan a proposé un compromis qui porte sur la manière très unilatérale de mettre à exécution l'application des amendes. Nous voulons poursuivre dans cette voie car l'article du projet de loi est effectivement très unilatéral puisqu'il s'agit d'une décision prise par le cabinet fédéral sans que des appels puissent y être interjetés.

M. Lachance: Exception faite de ces deux points que vous avez déjà soulevés avec le ministre, et au sujet desquels elle est disposée à se montrer plus souple, vous ne vous opposez pas à ces articles dont je vous ai parlé et en particulier à la liste des services assurés qui figurent dans le projet de loi qui est la copie conforme de ce qui existe déjà?

M. Russell: Non. Je dois dire que lorsque M^{me} Bégin a convoqué sa première conférence au printemps de 1982, nous étions tous d'accord qu'il fallait regrouper et mettre à jour les deux lois existantes. Cela ne nous pose aucun problème. La vision des choses ne nous pose aucun problème non plus. Par contre, la protection à 100 p. 100, qui est passée de 95 p. 100 à 100 p. 100, a été une surprise totale car nous ne le savions pas. Compte tenu de notre système de primes, je crois que ce sera très difficile à atteindre. En fait, certains groupes religieux ne bénéficient pas de l'assurance-maladie. Ainsi, certaines

[Text]

that could be a little bit of a problem, and we have discussed that with her. But those are the nature of our concerns.

Mr. Lachance: Finally, is there any serious problem in terms of the concept of medical necessity in so far as it applies to the patients who are in the hospitals for prolonged stays? That is part of the regulation. I know it is not part of . . .

Mr. Russell: Yes. We have always charged a coinsurance fee for people in chronic or long-term care facilities. We were told again, during the presentation of the regulations, that this would be regarded as a user fee and subject to the penalty, which was a shock to us because that has been in the system as long as we have had a system. It has always been regarded as a board-and-room thing. We do not think people should make money by the fact that they are in a hospital for a long time.

Mr. Lachance: But the medical concept of medical necessity, do you have problems with that definition?

Mr. Russell: If I understand your question, no, we do not.

Mr. Lachance: Thank you very much, Mr. Minister.

• 1655

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Madam Chairman and Mr. Minister. I want to express my regrets that I was not here earlier because I understand I missed a fine presentation which the national Minister might have benefited from.

What I want to question you on, Mr. Minister, is at the bottom of page 6. You also refer to it on page 1, but I am looking at page 6 primarily. At the bottom of that page you state:

Clearly, this violates both the spirit and the letter of the Constitution defining our federal state.

There has been speculation, in both the media and elsewhere, that Alberta might consider testing this bill before the courts if it is passed. Is that your intention?

Mr. Russell: We are like several other provinces. We are having a variety of legal opinions prepared and, if there is a case for contesting it on constitutional or other grounds, we certainly propose to do that.

Mr. Epp: I take it then you are going to wait either for the outcome of the legislation or for amendments which might be carried prior to its final passage. Am I correct in that?

Mr. Russell: Yes. Our legal assessments are not all in.

Mr. Epp: On page 9, you get into detail on the recommendations. It is the second one which I am referring to, Mr.

[Translation]

provinces ne pourront pas atteindre ces 100 p. 100, même si elles le voulaient. C'est pourquoi cette disposition va poser quelques problèmes, mais nous en avons discuté avec elle. Voilà donc quelles sont nos craintes.

M. Lachance: En conclusion, que pensez-vous de la notion de nécessité médicale lorsqu'elle s'applique aux patients qui font des séjours prolongés en hôpital? Cela fait partie du décret d'application. Je sais que cela ne fait pas partie par contre du . . .

M. Russell: En effet. Nous avons toujours demandé des frais de co-assurance pour ceux qui ont besoin de soins chroniques ou de soins à long terme. Lorsque les règlements nous ont été présentés, nous avons été informés une fois de plus que ces frais seraient considérés comme des frais modérateurs et passibles d'amendes, ce qui a été un véritable choc pour nous parce que cela fait partie de notre système depuis les calendes grecques. Nous avons toujours considéré cela comme une question d'hébergement à titre payant. Nous ne pensons pas que les gens devraient tirer profit du fait qu'ils doivent rester longtemps en hôpital.

M. Lachance: Mais la notion de nécessité médicale ne vous pose aucun problème?

M. Russell: Si je comprends bien votre question, non, absolument pas.

M. Lachance: Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, madame le président et monsieur le ministre. Je voudrais m'excuser de ne pas avoir été là plus tôt car je crois savoir que j'ai raté une présentation judicieuse de laquelle le ministre fédéral aurait pu tirer profit.

Je voudrais vous poser une question, monsieur le ministre, sur ce qui se trouve au bas de la page 6. Vous y faites également allusion à la première page, mais je suis à la page 6. Au bas de cette page, vous dites ceci:

Manifestement, cela enfreint tant l'esprit que la lettre de la Constitution définissant notre État fédéral.

Des rumeurs courent, tant dans les médias qu'ailleurs, selon lesquelles l'Alberta pourrait en saisir les tribunaux si ce projet de loi était adopté. Est-ce là votre intention?

M. Russell: Nous sommes dans la même position que plusieurs autres provinces. Nous avons demandé plusieurs avis juridiques et, si nous pouvons contester ce projet de loi pour des raisons constitutionnelles ou autres, il se peut que nous le fassions.

M. Epp: Par conséquent, je suppose que vous allez attendre que cette loi soit adoptée ou que des amendements y soient apportés avant son adoption définitive. Ai-je raison dans ce sens?

M. Russell: Oui. De toute façon, nous n'avons pas encore reçu tous les avis juridiques que nous avons demandés.

M. Epp: À la page 9, vous détaillez les recommandations. Je voudrais m'attarder plus particulièrement sur la deuxième qui

[Texte]

Minister—the 50% cost sharing. Do you feel that there is a general attitude in the provinces—and by general I do not mean a unanimity but a consensus—that they would want to return to a cost shared program rather than block funding?

Mr. Russell: I cannot speak for the other provinces, but I do know there is a concern about a tilt away from what used to be a 50-50 split on percentages I talked about. Even applying Mr. Breau's interpretation, that tilt is still there. Meanwhile, our health Bill is escalating because of advancing technology, increasing utilization and increasing percentage of aged.

So the provinces are frustrated. We know we have to do something. It is going to be a big bill for both the federal government and the provinces. It is great to talk about universal access with no impediment, no direct charge and no direct responsibility, but someone is going to have to pay for it.

Mr. Epp: Mr. Minister, you are not only the Minister of Health for Alberta but you have also been the chairman of the provincial health Ministers.

Mr. Russell: Yes.

Mr. Epp: Can you just put on that cap for a minute? What attitude do you feel the provinces would take, if the federal government and health care providers and the provinces sat down to work out not just a constitution nicety but a real solution? Keeping in mind both the constitutional reality of privacy as well as the need for flexibility, because in a sense we have 10 different health care systems plus the Territories, would they be willing to take a look at rationalization of, for instance, medical research? I hesitate to use the word "rationalization" because people immediately think of cutbacks and other hidden agendas that politicians seem to be accused of nowadays. You have had a tremendous increase in medical research in Alberta. You developed a world-class system in a number of areas.

Do you feel it is a practical approach to ask the provinces, the health care providers and the federal government to look at some of these areas where those questions, which I believe are more central even than the ones in the Bill, could be addressed? Do you feel that we could develop a health care system, retaining constitutionality and the needed flexibility, within the financial means of Canadians?

Mr. Russell: I think it is worth everybody's best effort and I believe I can speak for all of the provinces when I say I am sure they would come to such a table. Of course, there are always the constitutional concerns and the different fears that each province has. However, I know from my years as Minister that we are generally agreed on certain things. More money has to go for health care into the Atlantic region. With the provincial resources available, those provinces cannot support the health care that Canadians expect.

[Traduction]

porte, monsieur le ministre, sur le partage des coûts à concurrence de 50 p. 100 chacun. Pensez-vous que les provinces, en général, et lorsque je dis en général, je ne pense pas à une unanimité mais plutôt à un consensus, voudraient en revenir au partage des coûts et non pas à un financement global?

M. Russell: Je ne peux pas parler au nom des autres provinces, mais je sais que certaines ne veulent pas que l'on abandonne ce qui était auparavant un partage égal des pourcentages dont je parlais. Même en y appliquant l'interprétation de M. Breau, ce glissement existe. Entretemps, notre facture de santé ne cesse d'augmenter en raison des techniques de pointe, d'une utilisation accrue ainsi que de l'accroissement de l'âge de la population.

Les provinces sont donc frustrées. Nous savons que nous devons agir. Ce projet de loi sera important tant pour le gouvernement fédéral que pour les provinces. Il est bien beau de parler d'accès universel sans empêchement, sans frais directs et sans responsabilité directe, mais quelqu'un devra payer.

M. Epp: Monsieur le ministre, vous êtes non seulement le ministre de la Santé de l'Alberta, mais vous avez été également président des ministres de la santé provinciaux.

M. Russell: En effet.

M. Epp: Pourriez-vous redevenir ce président un instant? Quelle attitude les provinces adopteraient-elles, à votre avis, si le gouvernement fédéral, les pourvoyeurs de soins médicaux et les provinces s'attaquaient non pas pour en dégager simplement un paquet bien ficelé mais une solution réelle? Tout en gardant à l'esprit le droit constitutionnel à la vie privée ainsi que le besoin de flexibilité, puisque nous possédons, dans une certaine mesure, 10 systèmes de soins médicaux différents en plus des territoires, les provinces seraient-elles disposées à rationaliser la recherche médicale, par exemple? J'hésite à utiliser ce terme de «rationalisation» car les gens pensent immédiatement à des réductions budgétaires et autres ordres du jour occultes dont les hommes politiques semblent être accusés aujourd'hui. L'Alberta a connu un accroissement important de la recherche médicale. Vous avez même mis au point un système renommé dans le monde entier dans un certain nombre de domaines.

Pensez-vous que l'on puisse demander aux provinces, aux pourvoyeurs des soins médicaux et au gouvernement fédéral d'aborder ces problèmes qui, à mon avis, sont plus capitaux que ceux qui figurent dans le projet de loi? Pensez-vous que nous pourrions mettre sur pied un système médical qui conserverait sa constitutionnalité et auquel on apporterait une certaine souplesse, et ce, compte tenu des moyens financiers du Canada?

M. Russell: Je pense que cette idée mérite que des efforts soient déployés et je crois parler au nom de toutes les provinces lorsque j'affirme qu'elles en discuteraient. Evidemment, les craintes constitutionnelles et autres craintes propres à chaque province demeurent. Cependant, je sais, d'après ma propre expérience ministérielle, que nous convenons en général de certaines choses. Toutefois, des crédits supplémentaires devraient être consacrés aux soins médicaux dans les provinces Atlantiques. Compte tenu des ressources provinciales qui sont

[Text]

Somebody has to take a look at who is going to pay the bill, whatever government or party it is. Somebody has to look at that. Then I think it would be extremely useful to involve the consumers on an educated basis in sitting with us and looking at these emerging problems. I see that as a very positive suggestion. Thank you, Madam Chairman.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): On behalf of the committee, Mr. Minister, I would like to thank you for coming as a witness before us today.

Before my colleagues leave, I would like to remind you that, at 7.30 tonight, we are receiving La Fédération des spécialistes du Québec and at 8.15, the United Ostomy Association and at 9.00, The Canadian Association of Emergency Physicians.

Mr. Breau: Is that the group we were to hear this afternoon?

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Yes. The meeting is adjourned.

[Translation]

les leurs, ces provinces ne peuvent financer le système médical auquel les Canadiens s'attendent.

• 1700

Quelqu'un devrait se demander qui va en défrayer les coûts, quel que soit le gouvernement ou le parti politique. Quelqu'un doit se pencher là-dessus. Ensuite, je pense qu'il serait extrêmement utile d'y faire participer le public, dont les membres les plus avertis s'attablent avec nous et étudieraient ces problèmes naissants. Il s'agit, à mon avis, d'une suggestion très positive. Merci, madame le président.

Le président suppléant (Mme Killens): Au nom du Comité, monsieur le ministre, je voudrais vous remercier d'avoir témoigné aujourd'hui.

Avant que mes collègues ne sortent, je voudrais leur rappeler que nous accueillerons ce soir à 19h30 la Fédération des spécialistes du Québec, à 20h15, la *United Ostomy Association* et à 21 heures l'Association canadienne des médecins d'urgence.

M. Breau: S'agit-il de l'association qui devait comparaître cet après-midi?

Le président suppléant (Mme Killens): Oui. La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Anaesthetists Association:

Dr. John Price, President;
Dr. Jean Taillefer, Vice-President.

From the National Anti-Poverty organization:

Mr. Patrick Johnston, Executive Director;
Ms. Debbie Hughes-Geoffrion, Community Liaison.

From the College of Family Physicians of Canada:

Dr. Donald I. Rice, Executive Director;
Dr. Robert Bourret, President;
Dr. Donald Butt, Chairman, Board of Directors.

From the University of Western Ontario:

Professor Ake Blomqvist, Department of Economics.

From the Government of Alberta:

The Honorable David J. Russell, Minister of Hospitals and
Medical Care.

De l'Association canadienne des Anesthésistes:

D^r John Price, président;
D^r Jean Taillefer, vice-président.

De l'Organisation nationale d'anti-pauvreté:

M. Patrick Johnston, directeur général;
Madelle Debbie Hughes-Geoffrion, liaison communautaire.

Du Collège des médecins de famille du Canada

D^r Donald I. Rice, directeur général;
Dr. Robert Bourret, président;
D^r Donald Butt, président, Conseil d'administration.

De l'Université Western Ontario:

Professeur Ake Blomqvist, Département des sciences
économiques.

Du gouvernement de l'Alberta:

L'honorable David J. Russell, Ministre des hôpitaux et des
services médicaux.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 11

Monday, February 20, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 11

Le lundi 20 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, FEBRUARY 20, 1984

(17)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:35 o'clock p.m. this day, the Vice-Chairman, Mr. McCauley, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald, (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley and Schroder.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Marceau, Mrs. Mitchell and Mr. Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Mr. Maurice Bossy, Mrs. Eva Côté and Mr. Gary Gurbin.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the «Fédération des Médecins Spécialistes du Québec»: Dr. Paul Desjardins, President. *From the United Ostomy Association of Canada:* Mr. A. Claude Campbell, Provincial Representative for Southwestern Ontario; and Ms. Ruby McGowan, President, Ottawa Chapter. *From the Canadian Association of Emergency Physicians:* Dr. Peter Lane, President.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 9:58 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 20 FÉVRIER 1984

(17)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 19 h 35, sous la présidence de M. McCauley (*vice-président*).

Membres du Comité présents: MM. Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley et Schroder.

Substituts présents: MM. Hudecki, Marceau, M^{me} Mitchell et M. Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: M. Maurice Bossy, M^{me} Eva Côté et M. Gary Gurbin.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: De la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec: Dr. Paul Desjardins, président. *De la «United Ostomy Association of Canada»:* M. A. Claude Campbell, représentant provincial du Sud-Ouest de l'Ontario; et M^{me} Ruby McGowan, président, section d'Ottawa. *De la «Canadian Association of Emergency Physicians»:* Dr. Peter Lane, président.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 21 h 58, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, February 20, 1984

• 1934

The Chairman: We welcome tonight *la Fédération des médecins spécialistes du Québec*. Dr. Paul Desjardins is the president.

Dr. Desjardins, would you introduce your colleagues who are with you this evening, please?

M. Paul Desjardins (président, Fédération des spécialistes du Québec): *Thank you, Mr. Chairman.*

Je vous présente, à ma droite, le secrétaire de la Fédération, le docteur Mathieu Lefebvre, à l'extrême droite, le directeur des Affaires professionnelles, le docteur Jean-Marie Albert, à ma gauche, le trésorier, le docteur Marc Bouchard, et, à l'extrême gauche, le conseiller juridique, Me Patrick Molinari.

Le président: Veuillez continuer.

• 1935

Dr. Desjardins: Before reading my brief, Mr. Chairman, I would like to point out that we have tried to present to you an English brief which is not exactly identical to the French brief, and therefore simultaneous translation might not exactly coincide with the written text.

The Vice-Chairman: Are you going to present in English or in French?

Dr. Desjardins: In French.

The Vice-Chairman: That is fine.

Dr Desjardins: Monsieur le président, il ne fait aucun doute que le concept de santé est probablement celui qui, dans un État moderne, est le plus susceptible de polariser l'attention et l'intervention de tous les citoyens de cet État. Dès qu'on l'insère dans sa dynamique socio-économique, il devient un lieu privilégié de rencontre d'intérêts contradictoires; il devient aussi un lieu d'affrontement des idéologies; mais il devient surtout un enjeu politique.

Aussitôt, chacune des composantes de cet enjeu est formulée au nom de la santé, valeur universellement admise. Il y a dans cette approche un processus d'occultation qui risque de masquer les vrais problèmes.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec, le seul organisme représentatif de l'ensemble des médecins spécialistes, quotidiennement à l'épicentre de la prestation des services de santé, souhaite intervenir dans le débat entourant le projet de loi C-3 pour bien signaler à tous les intervenants, et en particulier au législateur fédéral, que le projet de loi canadienne sur la santé occulte des problèmes fondamentaux. Ce projet de loi, s'il devait être adopté tel que proposé, n'apportera aucune solution réelle à ces problèmes. Bien au contraire, ce serait plutôt à leur exacerbation que la loi éventuelle pourrait contribuer.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 20 février 1984

Le président: Nous souhaitons la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et à son président, le Dr Paul Desjardins.

Voulez-vous, docteur Desjardins, présenter les collègues qui vous accompagnent ce soir?

Dr. Paul Desjardins (President, Fédération des médecins spécialistes du Québec): *Merci, monsieur le président.*

I would like to introduce, on my right, the secretary of the Federation, Dr. Mathieu Lefebvre; at the extreme right, our director of professional affairs, Dr. Jean-Marie Albert; on my left, the treasurer, Dr. Marc Bouchard; and, at the extreme left, our legal counsel, Mr. Patrick Molinari.

The Chairman: Please continue.

Dr Desjardins: Avant de lire le mémoire, monsieur le président, je tiens à vous signaler que nous avons essayé de vous offrir une traduction anglaise qui ne correspond pas tout à fait à la version française; il se peut donc que l'interprétation simultanée ne soit pas identique au texte écrit.

Le vice-président: Allez-vous lire le mémoire en anglais ou en français?

Dr Desjardins: En français.

Le vice-président: Très bien.

Dr. Desjardins: There is absolutely no doubt, Mr. Chairman, that in today's modern world, the one concept that is the most likely to command attention and demand intervention on behalf of the people of any state is that of health. Once this concept has been placed in the appropriate socio-economic context, it becomes a favourite meeting ground for conflicting interests and a battleground for contrasting ideologies; but most of all, it becomes a political game.

Each move that is made in this game is made in the name of health, a universally accepted value. This approach is artificial and risky because it may mask the true nature of the problems.

The Fédération des médecins spécialistes du Québec, the only organization that represents all specialists who practise and provide health care services directly, on a day-to-day basis, wishes to participate in the proceedings concerning Bill C-3 in interveners, and particularly to the federal legislators, that the Canada Health Act conceals some very basic problems. Should this bill be carried as it now reads, it would not solve any of the problems; in fact, it might just add fuel to the fire.

[Texte]

Le rôle du Parlement fédéral: Le rôle du Parlement fédéral dans la prestation des soins et des services de santé au Canada est essentiellement celui de contribuer au financement. Si ce gouvernement a agi comme catalyseur de la mise en place des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie dans chacune des provinces canadiennes, il n'en reste pas moins que c'est aux provinces qu'échoit la responsabilité constitutionnelle de concevoir, de planifier et de fournir les services.

Que les faits de l'histoire aient autorisé le Parlement fédéral à lever des impôts sur les revenus personnels, que la Cour suprême ait accepté que le gouvernement canadien puisse dépenser le produit des impôts dans des champs hors de la compétence constitutionnelle fédérale, on ne peut pour autant conclure que c'est à ce Parlement ou à ce gouvernement que revient désormais le rôle de concevoir ou de planifier des modèles de services de santé d'application générale sur l'ensemble du territoire canadien.

Présenté comme un moyen de contrer certaines pratiques que le gouvernement a péremptoirement déclarées inacceptables, le projet de loi C-3 peut certes emporter l'adhésion de ceux qui établissent un parallèle inéluctable entre les disparités et les inéquités. Selon cette trame, il faut s'employer à faire disparaître les disparités et poser, avec une candeur déconcertante, que les disparités n'étant plus, il en ira de même des inéquités.

Le projet de loi C-3 serait donc, au dire de ses promoteurs, l'instrument nécessaire, en raison de l'inaction des autorités provinciales, pour mettre un terme aux pratiques dites de surfacturation et de frais modérateurs. Or, a-t-on véritablement réfléchi sur les causes de l'apparition de ces pratiques? A-t-on cherché à identifier les vrais problèmes?

Le sous-financement des services de santé: La Fédération des médecins spécialistes du Québec croit qu'il y a dans l'émergence de ces deux pratiques un indice clair du sous-financement des services de santé au Canada. Les sommes d'argent qui sont perçues directement par les établissements hospitaliers, en sus des budgets publics, sont utilisées pour la prestation de services. Il n'y a pas là de détournement ou d'usage impropre. Face à l'insuffisance du financement public, quelle doit être l'attitude des prestataires des services médicaux?

• 1940

Celle qui consiste à associer certaines catégories de bénéficiaires au financement et de chercher ainsi à maintenir les standards de qualité a été immédiatement condamnée parce que, sans toutefois qu'on en eût la preuve claire et convaincante, elle met en péril les objectifs d'accessibilité. Or, l'attitude qui consiste plutôt à diminuer les budgets de fonctionnement et qui entraîne la réduction des lits hospitaliers, la compression des services, la fermeture de blocs opératoires, etc., ne comporte-t-elle pas des conséquences tout aussi graves pour l'accessibilité des Canadiens à des soins adéquats? Bien qu'il s'agisse là d'une pratique déjà instaurée et dont les effets néfastes sont perçus chaque jour par les médecins spécialistes du Québec, le projet de loi néglige d'en

[Traduction]

The role of the federal Parliament: The role that the federal Parliament must play in the provision of health care services is essentially that of a financial contributor. Although this government acted as a catalyst in setting up both the hospital insurance system and the health care system in each and every one of the provinces of Canada, it is nevertheless each of these provinces' duty and constitutional responsibility to design, plan and provide these services.

While history may have allowed the federal government to levy personal income taxes and the Supreme Court may have agreed that the federal government may spend tax revenues in fields outside of its constitutional jurisdiction, one should not automatically conclude that, from now on, it will be Parliament or the federal government's responsibility to design or plan health care service systems for the entire country.

Tabled as a means to check practices that the government has peremptorily declared unacceptable, Bill C-3 will no doubt gain support from those who feel that disparities and inequities are necessarily linked. This scenario implies that we must work towards eliminating disparities, naively assuming that, once the disparities have disappeared, so will the inequities.

The prime movers of Bill C-3 claim that, because the provincial authorities refuse to take action, the bill is the tool we need to put an end to all so-called extra billing and user fee practices. But has anyone given any serious thought to the reasons why these practices began? Has anyone attempted to identify the real problems?

The underfunding of health services: The *Fédération des médecins spécialistes du Québec* believes that the emergence of these two practices are a clear sign that health services in Canada are not being adequately funded. Amounts directly levied by hospitals in addition to government funding are used to provide services. This does not constitute misappropriation or improper use of funds. What should the providers of medical services attitude be when faced with the inadequacy of public funding?

The attitude that favoured involving certain categories of beneficiaries in the funding of the system in order to maintain standards was immediately rejected because it threatened accessibility, although there was no clear and consistent evidence to that effect. But the view that operating budgets should be reduced, which would result in a reduction in the number of hospital beds, a cutback in services and the closing down of surgical wards, etc., would also have a serious impact on Canadians' access to adequate health care. Despite the fact that this is an established practice, the disastrous effects of which are being felt every day by Quebec specialists, only with obvious practices.

[Text]

reconnaître l'existence et s'attaque uniquement aux pratiques ostensibles.

Permettez-moi une parenthèse hors texte. Il en va de même de la limitation de l'accessibilité au système d'assurance-maladie pour les nouveaux médecins. À cet effet, la Fédération des médecins spécialistes du Québec partage la position présentée récemment par la Fédération des médecins résidents et internes du Québec.

La pratique de la surfacturation, second comportement que le projet de loi cherche à enrayer, a aussi émergé dans un contexte où les médecins ont été placés dans un système de rémunération qui n'admet pas les caractéristiques de base de la valorisation économique, de l'expérience, de la notoriété ou de la sur-spécialisation. Confrontés à la solution de migrer dans d'autres parties du Canada et, plus instamment encore, aux États-Unis, ou plutôt d'obtenir des bénéficiaires une compensation que le financement public ne pouvait leur offrir, ceux qui ont opté pour la seconde voie ont permis aux malades canadiens de profiter de l'excellence de leurs services. Si la surfacturation existe, c'est pour le même motif que l'imposition des frais modérateurs, l'insuffisance du financement public. Là où la surfacturation n'existe pas, au Québec notamment, il ne faudrait pas conclure que ce financement est adéquat. Bien au contraire, la rémunération des médecins spécialistes québécois est en régression constante. C'est bien uniquement parce que la surfacturation a été interdite dans un climat socio-politique particulièrement douloureux et perturbé, celui de cet automne 1970 dont il n'est pas utile de rappeler le souvenir, que les médecins spécialistes québécois ne peuvent y recourir.

A ces manifestations de l'insuffisance du financement public des soins de santé, il faudrait encore ajouter le sous-équipement dans des champs pourtant traditionnels de la médecine spécialisée, l'absence de développement dans des secteurs de pointe, l'impossibilité d'investir dans la recherche, et j'en passe.

Pendant ce temps, les clientèles imposent des besoins nouveaux: le vieillissement de la population, les pathologies environnementales et les maladies professionnelles.

Voilà autant de réalités dont on ne saurait ignorer l'impact déterminant sur la prestation des services médicaux et, partant, sur la santé des Québécois et des Canadiens. La course à pied et la relaxation ne sont pas des panacées.

Si le rôle du Parlement fédéral est de contribuer au financement des services et soins médicaux, il doit le faire en recherchant deux objectifs: redistribuer les fonds publics pour assurer un partage équitable et reconnaître que les besoins ne sont pas ressentis de la même manière dans toutes les provinces. Il est évidemment plus simple d'abstraire un modèle et d'en faire un étalon de ce que doit être un régime public universel et gratuit de soins de santé pour ensuite imposer uniformément ce modèle. Or, si la déviance à ce modèle comporte des sanctions comme celles proposées dans le projet de loi C-3, quels seront les intérêts qui seront servis?

• 1945

Ce n'est certes pas rechercher l'amélioration de la santé des citoyens d'une province où la surfacturation est autorisée que

[Translation]

With your permission, I would like to deviate from the text for a moment. The same is true of limiting new doctors' access to the health insurance system. In this regard, the *Fédération des médecins spécialistes du Québec* supports the position recently expressed by the Fédération des médecins résidents et internes du Québec.

The second practice that the Bill is trying to eliminate is extra billing, which also emerged in a context where doctors were paid under a system that failed to recognize basic economic values, experience, reputation or over-specialization. Faced with the alternative of moving elsewhere in Canada, or better yet to the United States, or of asking patients to pay what public funding could not provide, those who chose the second option made it possible for patients in Canada to benefit from the excellence of their services. If extra billing is a reality today, so are user charges, and they both exist for the same reason: inadequate public funding. One should not be hasty to conclude, however, that in those parts of Canada where extra billing does not exist, specifically in Quebec, funding is adequate. Quebec specialists are being paid less and less. It is only because extra billing was outlawed in the fall of 1970, a time of painful socio-political upheaval that is best forgotten, that Quebec specialists cannot resort to it.

Besides these obvious signs that health care services are inadequately funded, one might also mention the lack of basic equipment in traditional fields of specialized medicine, the lack of development in advanced technology fields, the impossibility of investing in research, etc.

Meanwhile, the ageing of the population, environmental diseases, and professional illnesses are all creating new needs.

One can hardly ignore the real impact of this situation on the provision of medical services and, consequently, on the health of Quebecers and Canadians. Jogging and relaxation are not cure-alls.

If the federal Parliament's role is to contribute to the funding of medical health care services, it must do so with two goals in mind: the redistribution of public funds to ensure that everyone gets his fair share and the realization that the provinces do not necessarily have identical needs. It would obviously be easier to design a model of what a universal, free public health care system should be and impose it on everyone. But whose interests will be served if deviating from that model means incurring sanctions such as those proposed in Bill C-3?

Reacting by cutting back federal financial contributions to health care services is certainly no way to try and improve the

[Texte]

de sévir en réduisant la contribution fédérale au financement des soins de santé. Les ressources globales du financement public s'en trouvant réduites, ce sont les bénéficiaires qui devront, soit en payant eux-mêmes, soit en étant confrontés à des diminutions de services, supporter le poids réel de la sanction. Les intérêts des malades ne seront guère servis. Seuls ceux du modèle le seront.

Cette perspective n'invite pas à la réjouissance. Si, pour contrer ce spectre, on allait dire que les sanctions ne seront appliquées que dans des cas exceptionnels et d'une gravité absolue, laissant sous-entendre qu'on poursuit des fins plus dissuasives que répressives, ne serait-ce pas là établir qu'elles sont doublement inutiles? La crainte du châtiment n'est certes pas une composante de la définition des politiques sociales et ne produit guère de résultats utiles.

Les avenues de solutions: Ce sont donc d'autres avenues qu'il faut explorer. Le projet de loi C-3 est fondé sur une série de cinq prémisses à l'encontre desquelles toute critique générale est inopportune. Mais le préambule qu'elles constituent est suivi de mesures qui ne nous semblent pas destinées à confirmer les prémisses et, partant, à améliorer l'état des services de santé au Canada.

Ce jugement peut paraître sévère et on peut lui reprocher sa globalité. Il résulte néanmoins du constat qu'une loi à portée strictement fiscale, assortie de nombreuses mesures de contrôle discrétionnaire, n'est pas le véhicule approprié pour permettre une planification cohérente des objectifs et une organisation rationnelle des moyens pour les atteindre. Si les concepteurs du projet de loi ne pouvaient, pour des motifs constitutionnels évidents, proposer un texte pourvoyant à l'organisation et au fonctionnement des services de santé pour l'ensemble du Canada, ce n'est certes pas par une loi fiscale qu'ils peuvent rechercher un semblable résultat.

Il faut admettre que le Parlement fédéral a le strict pouvoir, probablement d'ailleurs le devoir, de s'assurer que sa contribution au développement des services de santé est véritablement utilisée par les provinces aux fins auxquelles elle est destinée. Jusqu'à maintenant, cela s'exerçait à l'intérieur de paramètres à la définition desquels les provinces participaient.

Or, si cette concertation des 11 gouvernements ne mène pas vers un consensus, ne produit pas l'unanimité, faut-il simplement rejeter la participation et se retrancher dans l'unilatéralisme?

Nous estimons qu'il faut répondre négativement à cette question. Le projet de loi doit refléter plus fidèlement le troisième énoncé de son préambule: la coopération entre les intervenants gouvernementaux, les organismes représentatifs des professionnels, etc.

Pour ce qui est du contrôle lui-même, il nous paraît que celui-ci doit s'appliquer en regard d'un seuil moyen qui garantit à l'ensemble des bénéficiaires des services assurés adaptés à l'ensemble de leurs besoins. Dans cette optique, il va de soi que les sommes d'argent provenant du gouvernement fédéral doivent être clairement quantifiées et que les provinces doivent être tenues de rendre compte. De même, ne pourrait-on pas envisager que les versements fédéraux soient ventilés de

[Traduction]

health of those people living in a province where extra billing is common practice. All of the public financial resources thus being cut back, the beneficiaries are the ones who will have to bear the weight of the sanctions by either paying for the services themselves or by having to deal with less available services. The only happy people will be those from the model...

The outlook is rather unpleasant. What if, in order to chase away this gloomy suggestion, it was decided that the sanctions would be applied only in exceptional and very serious cases, with the understatement that dissuasive rather than repressive ends were sought? Would this not mean that said sanctions are twice useless? Fear of punishment is hardly a consideration in the determination of social policies, and seldom does it generate useful results.

Alternative solutions: thus, other paths must be explored. Bill C-3 is based on a set of five introductory statements, the criticism of which would be inappropriate here. However, together they form a preamble and are followed by measures that hardly seem to confirm the opening statements and, therefore, do not seem to be intended to improve in any way the state of health care in Canada.

This judgement might seem to be harsh and one could say that it is all-encompassing. However, it appears from the study that strictly tax-oriented legislation assorted with numerous discretionary control measures is far from being the best way to secure consistent organization of objectives as well as sensible planning of the ways they could be attained. If those who conceived the Bill could not, for obvious constitutional reasons, come up with a paper dealing with the planning and the operation of health services for all of Canada, it is also obvious that tax legislation was not the means by which such a result could be attained.

It must be recognized that the federal Parliament has the strict power, and most probably the obligation, to verify that its contribution to the expansion of health services is put to its intended use by the provinces. Up until now said contribution was made according to certain parameters to which the provinces agreed.

However, in spite of the fact this agreement by the 11 governments does not command consensus nor unanimity, should true participation be simply set aside so that we may hide behind one-sided decisions?

We think not. The Bill should be an accurate image of its preamble's third paragraph, that is to say co-operative partnership of governments, professional organizations, etc.

As far as control is concerned, it would seem obvious that it should be moderate so as to guarantee to all the beneficiaries insured services for their needs as a whole. From this point of view, it goes without saying that those moneys coming from the federal government are to be clearly quantified and that the provinces must be able to account for them. Could not one consider thus the possibility of breaking down the federal payments so that the truly important health services be the

[Text]

manière à ce que les services de santé prioritaires soient véritablement ceux qui profitent de la contribution fédérale? Ainsi, il est désormais établi qu'au chapitre de la rémunération des médecins spécialistes, le Québec n'a pas cru utile de la maintenir à un niveau comparable à celui des autres provinces. Il y a là des écarts qui mettent en péril l'excellence et qui favorisent l'exode des médecins spécialistes québécois.

La contribution fédérale pourrait agir comme élément correcteur de cette inégalité de traitement si le gouvernement affectait des sommes précisément à cette fin. Il en irait de même pour d'autres secteurs prioritaires, telle l'augmentation du nombre de lits pour soins aigus et de courte durée. Ces affectations pourraient ainsi être adaptées aux réalités propres à chaque province. Nous réitérons, toutefois, que la détermination des priorités doit être le fruit de la concertation de tous les intervenants dans une province, à la fois entre eux et avec le gouvernement fédéral.

• 1950

La Fédération des médecins spécialistes du Québec souscrit à la volonté de l'honorable ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada de fournir aux citoyens canadiens la meilleure chance d'améliorer leur santé. Elle souscrit également à l'affirmation des impératifs de financement convenable des hôpitaux et de rémunération raisonnable des médecins et des dentistes.

Cette volonté et cette affirmation doivent cependant s'inscrire dans un texte législatif marqué au coin de la souplesse et du respect des spécificités provinciales. La Fédération s'inquiète du cadre rigide dans lequel la politique canadienne de la santé pourrait être mise en oeuvre. Elle s'inquiète aussi de la trop grande discrétion des autorités fédérales dans la définition des conditions de versement et dans l'appréciation du respect de ces conditions.

Nous assistons aujourd'hui à la conception d'un contrat social. Articulé autour d'une expérience que le projet de loi lui-même qualifie de remarquable, motivé par des objectifs d'équité et destiné à façonner l'avenir, il est impératif que ce contrat social reflète bien le rôle et les apports de tous ceux qui contribueront à sa réalisation. Il serait, par contre, infiniment regrettable que ce contrat prenne la forme d'un engagement dont l'une des parties peut se soustraire de son propre gré. Il serait pire encore que cette partie se réserve le droit d'aménager, seule, l'étendue des obligations qui incombent aux autres parties. Il y aurait là une contradiction flagrante avec le fondement même d'un contrat social: la concertation.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec suggère que le projet de loi C-3 soit réaménagé pour satisfaire les prémices sur lesquelles il doit prendre assise et permettre la réalisation des objectifs qui lui sont assignés.

Je vous remercie, monsieur le président.

[Translation]

ones which actually benefit from the federal contributions? And then it could be stated that Quebec did not think it necessary to keep its specialized doctors' remuneration at the same level as that of the other provinces. This creates discrepancies that endanger excellence of quality and encourage specialized doctors to leave the province of Quebec.

This inequality of treatment could be corrected by way of federal contributions if only the Government decided to allocate funds for this purpose. And the same could be done in other important areas, such as increasing the number of hospital beds allocated to acute and short-term care. These allocations could then be adapted to each individual situation in each of the provinces. We would like to repeat, however, that the only way to set out what the priorities are to be is to count on the co-operative partnership of all of the intervenants in any one province, both amongst themselves and with the federal government.

The *Fédération des médecins spécialistes du Québec* fully agrees with Canada's Honourable Minister of National Health and Welfare's wish to give to all Canadian citizens the best of chances to better their health. It also subscribes to the existence of certain requirements for the proper financing of hospitals and for reasonable remuneration for doctors and dentists.

However, both of these must find their place in a legislative document that is flexible and yet respects the individualities of each of the provinces. The *Fédération* is concerned about the rigid guidelines Canadian health policies might have to follow in order to operate. It is particularly concerned with the wide discretionary powers granted to the federal authorities when they are to determine what payments should be made when and they are to appreciate how the conditions are to be respected.

We are witnessing the creation of a social contract. Developed around an experience that even the Bill qualifies as remarkable, moved by desires of fairness and meant to shape the future, it is imperative that this social contract be the image of all those who played a part or contributed to its creation. On the other hand, it would be most regrettable if this contract should turn into the kind of agreement from which any one of the parties could withdraw at will. It would be even worse if this particular party reserved itself the right to determine, at will, the extent of the obligations that would befall the other parties. This would obviously be inconsistent with the basis on which a social contract is founded—cooperation and partnership.

The *Fédération des médecins spécialistes du Québec* suggests that Bill C-3 be restructured so that it becomes the perfect illustration of its opening statements, which are no less than the pillar-stones of the Bill, and so that all those objectives that have been set out in it be reached.

Thank you, Mr. Chairman.

[Texte]

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Desjardins. I want to congratulate you for having the brief in both of Canada's official languages. We very much appreciate it.

Before I go to Mr. Epp, I would remind the committee that we have three groups before us this evening. One is a hold-over from this afternoon, so that will mean I will enforce time restrictions on questions very rigidly, and I ask your co-operation.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. The way you did that with a smile, I know you meant it.

Dr. Desjardins and your colleagues, I would like to thank you for appearing before the committee; also your solicitor, Mr. Nantel, and the arrangement I have been able to have with him.

What I would like to ask you is this. There has been a lot of interest around this committee regarding the so-called Quebec model, or the Castonguay model, or the model that the Minister wants to put before us. Two questions. First, do you feel that the Bill in greater part gives us the Quebec model? Secondly, is it the best model we should follow?

Dr. Desjardins: I do not think the Bill per se gives the Quebec model just because it removes over-billing and user fees. I do not think that is the real definition of what the Quebec model is, versus another province's model.

Mr. Epp: Let me put it this way, then, if I was not clear—and I am not asking you here to evaluate Quebec as against other provinces. It would not be right or fair for me even to ask you that.

Points have been made here that if we move to this kind of system as envisaged in Bill C-3, we would lose even a greater number of specialists than we have lost, to the United States primarily but to other countries as well. Could you give us the wisdom of your experience on that?

Dr. Desjardins: This obviously would apply to the other provinces—your assertion.

• 1955

Certainly in Quebec we are losing a lot of medical specialists. Last year we lost some 273 medical specialists who left our province and went to better fields, whether in Canada or the United States or even further abroad.

These are the aspects of those who leave. What we are worried about is what happens to those who stay? What we think is happening, what seems to be happening, is an element of de-motivation. These specialists are doctors and they are not really that satisfied with their profession. That is a serious situation.

I have brought with me—the *Medical Post* has a French counterpart in Quebec which is called *Le Courrier médical*, and on January 31, 1984, which is relatively recent, they published the result of a poll conducted among Quebec doctors. One of the questions was . . .

[Traduction]

Le vice-président: Merci, docteur Desjardins. Je tiens à vous féliciter de nous avoir présenté ce mémoire dans les deux langues officielles du Canada. Nous l'apprécions énormément.

Avant de passer à M. Epp, j'aimerais rappeler au Comité que nous recevons trois groupes ce soir. L'un d'eux devait comparaître cet après-midi, alors je serai très sévère quant aux restrictions sur le temps et je demande votre coopération.

Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Ce petit sourire veut tout dire.

Docteur Desjardins, j'aimerais vous remercier, vous et vos collègues, de votre présence ici ce soir. Je n'oublie pas votre conseiller juridique, M. Nantel, et l'entente que j'ai conclue avec lui.

J'aimerais donc vous poser la question suivante. Le Comité s'intéresse énormément au soi-disant modèle du Québec, ou le modèle Castonguay ou le modèle que le ministre veut nous proposer. Deux questions. Tout d'abord, croyez-vous que le projet de loi favorise le modèle québécois? Deuxièmement, est-ce là le meilleur des modèles et devrions-nous l'adopter?

Dr Desjardins: Je ne crois pas que le projet de loi, en soi, avance le modèle québécois tout simplement parce qu'on interdit la surfacturation ou le ticket modérateur. Je ne crois pas que ce soit là la véritable définition de ce qu'est le modèle québécois par rapport au modèle d'une autre province.

M. Epp: Je ne me suis peut-être pas exprimé clairement. Je ne vous demande pas d'évaluer le Québec par rapport aux autres provinces. Ce ne serait ni bien ni équitable pour moi de vous poser une telle question.

Bien des gens nous ont dit ici que si nous adoptons le genre de système envisagé dans le projet de loi C-3, nous risquerions de perdre encore plus de spécialistes qu'auparavant, spécialistes qui ont émigré aux États-Unis ou encore ailleurs. Pourriez-vous nous faire part de votre expérience à ce propos?

Dr Desjardins: De toute évidence, votre assertion vaut dans le cas de ces autres provinces.

Il est certainement vrai qu'au Québec nous perdons beaucoup de spécialistes médicaux. L'année dernière, 273 spécialistes médicaux ont quitté le Québec pour aller ailleurs au Canada, aux États-Unis, ou même plus loin.

Voilà la situation en ce qui concerne ceux qui partent. Ce qui nous inquiète est de savoir ce qui arrive à ceux qui restent dans la province. Nous avons l'impression que ces médecins perdent leur motivation. Ce sont des spécialistes qui sont des médecins qui ne sont pas très satisfaits de leur profession. Il s'agit d'une situation grave.

J'ai ici avec moi un numéro du *Courrier médical* qui est la version française du *Medical Post*, du 31 janvier 1984, dans lequel on publie les résultats d'une enquête effectuée auprès des médecins du Québec. Une des questions était la suivante:

[Text]

Avez-vous le sentiment que la profession médicale a évolué positivement au cours des six dernières années?

The medical specialists answered in the number of 54% "no".

Another question is . . .

Comment voyez-vous l'avenir immédiat de la qualité des soins?

This is another aspect that worries us, because you could say that we could work and not be happy with our work but the quality would be okay. But we also feel the quality is decreasing, and to that answer—it is regrouped in "optimism" and "pessimism"—68.1% of medical specialists said they were pessimistic towards the future and the decrease in the quality of care.

Another question says . . .

Avez-vous la même satisfaction qu'il y a six ans à exercer votre profession?

Between 60% and 66% of medical specialists said "no" to that question.

Those are the types of things that are bothering us for the future. I could go on. Another one talks about the equipment necessary to practise according to the art and the science of 1984.

Si vous pratiquez votre profession dans un hôpital d'enseignement . . .

—here we are talking about our teaching hospitals, where we are supposed to be making sure that what will happen tomorrow will be as good as today and that we will have people to take our places as we get old and disappear.

Si vous pratiquez votre profession dans un hôpital d'enseignement, croyez-vous que l'équipement diagnostique et thérapeutique vous permet d'être compétitif dans le domaine de la médecine de pointe?

And 50% of medical specialists answered no.

I have one more which says . . .

Le soin des malades est devenu une activité pluridisciplinaire. Considérez-vous que le médecin a un rôle de leadership à jouer dans l'équipe de soins?

This is another type of question, leading to should we have health care practitioners who are non-doctors, or should doctors be mixed up in that aspect of things. The answer to this one is 96.6% said "yes" to that question.

It goes on with other types of questions which are perhaps not pertinent to the discussion. But grossly, from reading that, which is January 1984, I gather there is a degree of demotivation and pessimism in the practice of medical specialists. Something is wrong somewhere. It is not necessarily one thing.

Mr. Epp: Thank you for that complete answer. I do not want to be pre-emptory in any way, but if could feel free to leave some of that material with the committee, I think the committee could be well served if we could have that made available to us, if you have no difficulty with that suggestion.

[Translation]

Do you feel that the medical profession has developed positively in the last six years?

54 p. 100 des spécialistes médicaux ont répondu non.

Autre question:

How do you see the quality of care in the immediate future?

C'est une autre question qui nous préoccupe, car même si on n'était pas très content de notre travail, la qualité pourrait être suffisante. Mais nous avons également l'impression que la qualité baisse. 68,1 p. 100 des spécialistes ont dit qu'ils étaient pessimistes quant à l'avenir immédiat de la qualité des soins.

Autre question:

Are you as satisfied with your profession as you were six years ago?

Entre 60 et 66 p. 100 des spécialistes ont répondu à la question par la négative.

Voilà le genre d'inquiétude que nous avons quant à l'avenir. Je pourrais continuer. Une autre question porte sur l'équipement nécessaire pour exercer la médecine selon les règles de l'art et la science en 1984.

If you are practising in a teaching hospital . . .

Il s'agit ici d'hôpitaux d'enseignement, où on essaie de s'assurer que les pratiques et les médecins de l'avenir seront aussi bons qu'à l'heure actuelle.

If you are practising in a teaching hospital, do you think that the diagnostic and therapeutic equipment available there allows you to compete in the area of advanced technology medicine?

Et 50 p. 100 des spécialistes médicaux ont répondu que non.

Une autre question est:

Patient care has become a pluridisciplinary activity. Do you think that doctors should play a leadership role in the health care team?

Cette sorte de question nous amène à nous demander si oui ou non il devrait y avoir des assistants de la santé qui ne soient pas médecins, ou si ce sont les médecins qui devraient jouer ce rôle. 96,6 p. 100 des spécialistes ont répondu à la question par l'affirmative.

L'enquête comporte d'autres questions qui ne sont peut-être pas pertinentes à la discussion. Mais grosso modo, d'après cette enquête, qui date de janvier 1984, je crois savoir qu'il existe une certaine démotivation et un certain pessimisme chez les spécialistes médicaux. Il y a quelque chose qui ne va pas. Il ne s'agit pas forcément d'un seul problème.

M. Epp: Merci de votre réponse complète. Si vous n'avez pas d'objection, et si vous pouviez nous laisser certains des documents que vous avez cités, ils seraient certainement utiles au Comité.

[Texte]

Doctor, the frustration that we have, at least on this side of the table—and I think it is shared, frankly, by some people on the other side as well—is that while we are dealing with Bill C-3 and the focus obviously is on extra-billing and user fees and the penalty that will accrue to the health care system if in fact those two practices are continued, and in your province that is not the same configuration as in other provinces, we are not, as a committee, able to deal with the opportunities that we see, and the challenges, for the future in the health care system. You have mentioned many of them already: the matter of a population that obviously will need other services, or greater numbers of services, than we are now providing. Just tonight, for example, in British Columbia, the government has now brought in a 4% surcharge strictly for health care costs to try to meet some of the gapping, to try to meet some of the problems.

• 2000

I raise the British Columbia case because I want to get back to Quebec. Do you feel that to maintain the level of services that the system has provided in the Province of Quebec and the services that you gentlemen and your colleagues are obviously able to provide—can the Province of Quebec—that is, its taxpayers, because that is where the money comes from... are the taxpayers of Quebec able to maintain or fund such a system without a renegotiation with the federal government for health care dollars if this Bill goes through?

Dr. Desjardins: If I understand that question correctly, I think it is obvious the Quebec taxpayers cannot support the services they have given themselves without renegotiating the passage from the federal government to the provincial government of a certain number of dollars. The problem as we see it is that those dollars we would like to be tagged, so that we understand clearly what this contribution is. In our province we do not know what the federal contribution is in dollars. Those dollars fall into either a fund or the consolidated funds of the province, and they are not identified for hospital use nor are they identified for doctors' and dentists' remuneration.

One of the concepts we were discussing among ourselves, and we think perhaps it is a suggestion I could make at this point, is if the dollars were sent to the agent which pays the professionals... In the original medicare law, the federal government insisted that in each province there should be an independent government agency that will pay the doctors. That government agency, in the Province of Quebec, existed for a certain number of years, with the moneys coming from the provincial contributions and the federal contributions; and all of a sudden this was wiped out. Now the moneys come on a two-weekly basis from the consolidated funds of the province to pay the cheques that the payee agent has to provide. If it were possible for the contributions to be identified, it would really help in understanding how the system works.

[Traduction]

Les députés de ce côté-ci de la table—et à mon avis certains députés de l'autre côté également—se sentent frustrés parce que le projet de loi C-3 ne porte que sur la surfacturation, les frais modérateurs et les difficultés auxquelles le régime de soins de santé aura à faire face si ces deux pratiques continuent. Je sais que la situation n'est pas la même dans votre province que dans les autres provinces. Nous nous sentons frustrés parce que le Comité ne peut pas aborder les possibilités et les défis auxquels fera face le régime de soins de santé à l'avenir. Vous en avez déjà mentionné plusieurs: Nous avons effectivement une population qui va, c'est évident, avoir besoin de nouveaux services, ou de services plus nombreux, qu'à l'heure actuelle. Ainsi, pas plus tard que ce soir, en Colombie-Britannique, le gouvernement a imposé une surtaxe de 4 p. 100 uniquement pour couvrir les frais de soins médicaux afin précisément d'essayer de répondre à certains des problèmes qui se posent de plus en plus nombreux.

Je vous cite le cas de la Colombie-Britannique parce que je veux justement revenir à celui du Québec. Pensez-vous que, pour pouvoir conserver le niveau de services que notre système a assurés dans la province de Québec et des services que vos confrères et vous-mêmes êtes en mesure de fournir, est-ce que la province de Québec, et j'entends par là les contribuables parce que c'est de la poche du contribuable que vient l'argent, est-ce que les contribuables du Québec donc pourraient financer un tel système ou le conserver sans qu'il faille renégocier le financement des soins de santé avec le gouvernement fédéral si le projet de loi vient à être adopté?

Dr Desjardins: Si j'ai bien compris, je dirais qu'il est évident que les contribuables québécois ne sauraient prendre à leur charge les services dont ils se sont eux-mêmes dotés sans renégocier le transfert entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial d'un certain nombre de dollars. Le problème, selon nous, c'est que nous aimerions beaucoup que cet argent soit spécifiquement affecté à la santé, ce qui nous permettrait de savoir avec précision de quel ordre est cette contribution. Chez nous, nous ignorons quelle est la part financière du gouvernement fédéral. La contribution financière est versée à un fonds ou au Fonds du revenu consolidé de la province mais il n'y a aucune fraction qui soit expressément affectée aux hôpitaux, ou encore aux médecins ou aux dentistes.

L'une des notions dont nous avons discuté entre nous, et peut-être est-ce une suggestion que je pourrais avancer à votre intention, est que si cet argent était versé à l'organe qui rémunère les professionnels... À l'origine, dans la première législation régissant le Régime d'assurance médico-hospitalière, le gouvernement fédéral avait un système pour que chaque province ait un organe officiel indépendant chargé de la rémunération des médecins. Cet organe, dans la province de Québec, a effectivement existé pendant quelques années, et la quote-part fédérale et provinciale lui était versée; mais, tout d'un coup, il a cessé d'être. À l'heure actuelle, toutes les deux semaines, le Fonds du revenu consolidé de la province avance l'argent nécessaire pour payer les chèques que l'organisme payeur doit envoyer. S'il était possible d'affecter expressément

[Text]

The second thing which our province does, and other provinces do too, is negotiate with the federal government the recuperation of income tax points, which we have an awful lot of difficulty in translating into what that means in terms of dollars. We are wondering if it is not possible for the federal government to identify the number of dollars which are transposed into a given province—ours, I am talking about—and the Minister of Social Affairs would be responsible to say here are the dollars for hospital care, here are the dollars for remuneration of the health professionals. It would be a clear situation that we could understand, and we would realize what our negotiation manoeuvres are in terms of saying, well, we can negotiate a 5% or a 25%, or whatever, increase, according to the moneys that are available in the land.

Mr. Epp: Thank you, Doctor.

The Vice-Chairman: Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you.

I would just like to be better informed myself—and I apologize that I am not up to date in this area—on the whole question of decentralized service delivery, and particularly community health services. It was my understanding that some years ago multi-service social service centres were established in Quebec, and I wondered to what degree health services were a part of those, under community boards, as I understand it.

I also would like to ask your opinions about the role of nurses and other health care practitioners, particularly in community services and in preventive services, and whether they should be included directly for funding under medicare services. We have heard the argument, of course, not only that this is more appropriate in many functions to relieve the physicians from doing some of the things they have to do now but also that it could extend the health care dollar and perhaps be more economical for the functions appropriate to other health care practitioners.

• 2005

Dr. Desjardins: Our province does have a decentralized system from the Ministry of Health and Social Affairs to what are called the regional councils. There is one regional council per administrative region so there would be 11 regional councils in all in the province. That is one aspect of decentralization.

The second one is that our government has tried very hard to set up community health centres throughout the province. I think there are something like 169 in the books to be implemented and there would probably be something like 125 as we are talking tonight. They have not had the success the government hoped they would have in meeting the in-between needs of the hospitals and the various other types of establish-

[Translation]

les contributions, nous comprendrions beaucoup mieux comment fonctionne le système.

Autre chose encore que fait notre province, comme les autres d'ailleurs, c'est la négociation avec le gouvernement fédéral de la récupération des points d'impôt, que nous avons énormément de mal à convertir en dollars. Nous nous demandons s'il ne serait pas possible que le gouvernement fédéral précise le nombre de dollars qui sont ainsi convertis dans une province comme la nôtre, de sorte que le ministre des Affaires sociales ait l'obligation de dire voici tant pour les soins hospitaliers, voici tant pour l'indemnisation des professionnels de la santé. Les choses seraient alors très claires, nous comprendrions parfaitement et nous pourrions savoir où nous mènent nos manoeuvres dans la mesure où nous pourrions par exemple négocier un relèvement de 5 ou de 15 p. 100, que sais-je, selon l'argent disponible.

M. Epp: Merci docteur.

Le vice-président: Madame Mitchell.

Mme Mitchell: Je vous remercie.

J'aimerais moi-même être mieux informée que je ne le suis et vous m'excuserez j'espère si je ne le suis pas vraiment dans ce domaine, à propos de toute cette question de la prestation de services décentralisés, notamment au niveau des services de santé communautaires. J'avais cru comprendre qu'il y a quelques années de cela le Québec avait créé des centres sociaux multiservices et j'aimerais savoir dans quelle mesure les services de santé en faisaient partie, ils relevaient je crois des conseils communautaires si je ne me trompe pas.

J'aimerais également vous demander ce que vous pensez du rôle des infirmières et des autres spécialistes de la santé, surtout dans l'optique des services communautaires et des services de prévention, et vous demander également si ces professionnels devraient être directement payés eux aussi dans le cadre du Régime d'assurance médico-hospitalière. Nous avons bien sûr entendu l'argument selon lequel il serait à bien des égards plus utile de soulager les médecins de certaines de leurs fonctions actuelles, mais en plus qu'une telle formule pourrait servir à mieux utiliser le budget de la santé et se révéler peut être aussi plus rentable au niveau des fonctions des autres spécialistes de la santé.

Dr Desjardins: Nous avons effectivement au Québec un système décentralisé en ce sens que le ministère de la Santé et des Affaires sociales délègue à ce que nous appelons les conseils régionaux. Il y a un conseil régional par région administrative, de sorte que nous avons en tout dans la province 11 conseils régionaux et c'est là l'un des aspects de la décentralisation.

En second lieu, notre gouvernement s'est vraiment efforcé de créer dans toute la province des centres de santé communautaires. Je crois que les plans prévoient la création de 169 centres en tout et qu'il y en a déjà 125 en place à l'heure où je vous parle. Ces centres n'ont toutefois pas enregistré les résultats escomptés par le gouvernement lorsqu'il s'agissait de répondre aux besoins transitoires des hôpitaux et des autres types

[Texte]

ments, long-term stay and the *centres d'accueil* in the province.

There are two parts in the other part of your question pertaining to the makeup of teams. The first part is that our position is that medicine should be practised by physicians and other types of professionals should not be directly related to the medicare system on a fee-for-service basis. Having said that, the contributions of all other health personnel within the services that are supplied to the population is something that we as medical specialists think is extremely important.

In the Province of Quebec we have an organization which is called l'Office des Professions and that organization has recognized maybe 50 professionals being regrouped within it. Some of those have nothing to do with health and are not interesting for our discussion tonight, but there are something like 23 health professionals other than doctors and dentists which are recognized and are part of what should be the health care team. The problem, again, that I see in that is that you cannot have a health care team without a leader, and it is felt that the physician should be the leader of the health care team.

There is such a thing as delegation of medical services. We have our medical law under the Corporation of Physicians of the Province of Quebec, and there is a chapter of delegation of medical services from the physician to, for example, a registered nurse. Then the nurses have their organization in which they discuss delegation of nursing services to assistant nurses. This goes on down the line depending on the education and depending on the difficulty of whatever the situations are that have to be taken care of.

The Vice-Chairman: Mrs. Mitchell, depending on the length of the answer to this question, this could be your last question.

Mrs. Mitchell: Thank you. Well, it is quite a . . .

Dr. Desjardins: Is that a hint, Mr. Chairman? These are difficult questions to answer shortly.

Mrs. Mitchell: That sounded like a warning, did it not? I wonder . . .

Actually, I will change to another subject then, and it goes back to the issue Mr. Epp raised. Coming from British Columbia, I am really very interested—and very concerned, I might say—to know that the British Columbia government today has brought in a surtax that will charge all British Columbians 4% on their provincial income tax, presumably because the government feels they have been underfunded by the federal government, and that this will be increased to 8% in subsequent years.

[Traduction]

d'établissements de soins, l'hospitalisation à long terme et les centres d'accueils par exemple dans la province.

Dans l'autre partie de votre question, c'est-à-dire la composition des équipes, il y a effectivement deux éléments. Le premier est celui-ci: nous avons pris pour position que la médecine doit être exercée par des médecins et que les autres corps spécialisés ne devraient pas pouvoir directement intervenir dans le système moyennant honoraires. Toutefois, je m'empresse d'ajouter que l'apport des autres disciplines de la santé dans le cadre des services offerts à la population est un élément que nous, les spécialistes de la médecine, jugeons absolument essentiel.

Au Québec, nous avons une organisation qui s'appelle l'Office des professions et qui a homologué à peu près 50 catégories de professionnelles. Certaines de ces catégories n'ont rien à voir avec la santé et sont donc hors de notre propos ce soir, mais on n'y compte à peu près 23 catégories professionnelles dans le domaine de la santé outre les médecins et les dentistes qui sont également reconnus et qui font partie de cette équipe médicale telle qu'elle devrait exister. Ici encore, le problème pour moi est qu'il est impossible d'avoir une équipe médicale sans un patron et nous avons le sentiment que ce patron devrait être le médecin.

Il existe évidemment ce qu'on appelle la délégation des services médicaux. Nous avons notre propre code, celui de la corporation des médecins de la province de Québec, et ce code comporte un chapitre consacré à la délégation des services médicaux par le médecin à une infirmière diplômée par exemple. Les infirmières ont à leur tour leur propre organisation dans le cadre de laquelle elles discutent de la délégation des services infirmiers aux aides infirmiers. Et il en va de même en cascade, cette délégation dépendant évidemment du niveau de formation, de la difficulté du cas ou des circonstances spécifiques.

Le vice-président: Madame Mitchell, si la réponse à votre question est très longue, ce pourrait fort bien être votre dernière.

Mme Mitchell: Je vous remercie. En fait, c'est tout un . . .

Dr Desjardins: Est-ce un rappel, monsieur le président? Comprenez-nous bien, il est difficile de répondre à des questions comme celles-là en quelques mots.

Mme Mitchell: Ce me semblait être un avertissement, à moins que je me trompe. Peut-être . . .

Bon, je vais changer de sujet et en revenir à ce dont parlait M. Epp. Comme je viens de la Colombie-Britannique, j'ai appris avec beaucoup d'intérêt et, ajouterais-je également avec une inquiétude certaine, que le gouvernement de la Colombie-Britannique avait décidé aujourd'hui d'imposer une surtaxe de 4 p. 100 ajoutée à l'impôt provincial de tous les résidents, j'imagine parce que le gouvernement provincial estime avoir été insuffisamment financé par le gouvernement fédéral. Cette surtaxe va être portée à 8 p. 100 au cours des années à venir.

[Text]

• 2010

Meanwhile they will retain hospital user fees; and if they do what they promised to do last spring, those might go up as much as \$10 for emergency services, for example. While the aim apparently is to punish the federal government for underfunding, and of course realistically to fund the high cost of medical services, it is actually in my view punishing people pretty drastically, particularly those on lower incomes. For example, a family of four who earn under \$30,000 a year—a pretty minimum income these days . . . would pay \$67 extra. It is another way of really laying on a user fee, in my opinion.

I just wondered what reactions you had to that. I would be very interested.

Dr. Desjardins: I think you are right in saying that this type of situation will affect the patients themselves. I am not sure about how this is going to punish the federal government for underfunding. Certainly the approach we have tried to take is to say that yes, there is underfunding, and the funding should be clearly identified in specific programs, in specific areas, to say here is the contribution of the federal government and here is what we think should be done.

Within provinces, some provinces will try to elaborate other programs. We have in our province a dental program, a *médicaments* program. This is different from one province to another. But certainly picking up more money from income tax, from the people themselves, will obviously hurt the patients themselves.

The Vice-Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell.

Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

En prenant connaissance de votre mémoire, il nous vient à l'esprit plusieurs questions, mais le temps est malheureusement limité. Il est tout de même intéressant de connaître votre point de vue.

Une chose me frappe à la lecture du mémoire. D'une part, vous nous dites que notre seule responsabilité est le financement et, d'autre part, vous nous parlez d'une foule de nouveaux engagements que l'on devrait prendre pour essayer de résoudre des problèmes que vous soulevez. Où vous situez-vous? Vous dites, d'une part, qu'il s'agit uniquement d'une question de financement et que le reste est la responsabilité des provinces et, d'autre part, vous nous dites: Eh bien, vous devriez intervenir dans le domaine de l'équipement, vous devriez intervenir dans le domaine des salaires. J'aimerais savoir où vous vous situez exactement. Évidemment, il est difficile de faire comprendre un message en quelques pages, mais j'aimerais que vous nous situiez ce message. Ou bien nous sommes responsables et nous allons devoir assumer nos responsabilités, ou bien nous n'avons pas de responsabilités et ce sont les provinces, en l'occurrence le Québec, qui doivent les assumer.

[Translation]

Entre-temps, ils vont maintenir le ticket modérateur dans les hôpitaux. Si l'on peut se fier aux promesses qu'ils nous ont faites au printemps, les services d'urgence pourraient coûter jusqu'à 10\$, par exemple. Tandis que le but de l'exercice, apparemment, est de punir le gouvernement fédéral d'avoir insuffisamment financé la prestation des soins et de financer le coût élevé des services médicaux, il s'agit en réalité d'une punition excessivement sévère de la population, surtout des personnes à faible revenu. Par exemple, une famille de quatre dont le revenu annuel s'élève à moins de 30,000\$ par an, ce qui constitue un piètre salaire de nos jours, se verrait obliger de payer 67\$ de plus. À mon sens, il s'agit toujours d'un ticket modérateur mais sous une autre forme.

Vos réactions m'intéresseraient. à ce sujet.

Dr Desjardins: Vous avez raison de dire que cette situation touchera directement les patients. Je ne suis pas convaincu que le gouvernement fédéral serait puni d'avoir sous-financé la prestation des soins. Il est certain que nous avons essayé d'admettre qu'il y a eu sous-financement et d'exiger que les programmes spéciaux reflètent clairement le financement accordé. C'est-à-dire, on devrait faire la ventilation des domaines précis auxquels le gouvernement fédéral aurait contribué et dans lesquels des mesures s'imposent.

Certaines provinces essaient de mettre au point leurs propres programmes. Dans la nôtre, nous avons un programme de soins dentaires, un programme de médicaments. Les mesures prises dans ce domaine varient d'une province à l'autre. Il est certain que le fait d'augmenter les impôts touchera les patients directement.

Le vice-président: Merci, madame Mitchell.

Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

Looking at your brief, several questions come to mind. Unfortunately, however, our time is limited. It is very interesting nonetheless to hear your opinion.

One thing strikes me in your brief. On the one hand, you say that our sole responsibility is funding and, on the other, you talk about a whole series of new commitments that we should be making to solve the problems you have raised. What exactly do you mean? You say that it is solely a question of funding and that the rest is up to the provinces and then you say that we should be assisting in purchasing equipment and in paying salaries. I would like to know exactly where you stand. Obviously, it is difficult to get one's message across in only a few pages, but I would still like you to tell us exactly where you stand. Either we are responsible and we must take on our responsibilities or we do not have these responsibilities and it is up to the provinces, and in this case Quebec, to take action.

[Texte]

Dr Desjardins: Il est évident que le gouvernement fédéral a une responsabilité que je qualifierais d'énorme. Grosso modo, on prétend, et je ne peux pas vous fournir de preuve mathématique de cela, que le gouvernement fédéral défraie environ 50 p. 100 des dépenses. A ce moment-là, c'est une responsabilité énorme. Si, par hasard, vous vous retiriez de tout ce qui est assurance-maladie et assurance-hospitalisation, notre province verrait immédiatement la moitié de ses services disparaître. Cela n'a pas de sens.

Voici ce que nous essayons de vous dire dans notre mémoire. Étant donné que vous avez une responsabilité au niveau du financement, pourriez-vous donner des précisions sur la façon dont ces sommes d'argent vont passer du gouvernement fédéral au gouvernement provincial, et serait-il possible que le gouvernement fédéral essaie de répartir les richesses à travers le Canada, si je puis employer cette expression? A mon sens, c'est là un des rôles primordiaux d'un gouvernement fédéral. Je vous donne un exemple. On n'a pas de *CAT scanners* dans notre province. Cela n'existe pas au Québec, à part ceux qui ont été donnés par des fondations privées et des fondations de charité. Le gouvernement provincial s'est aperçu que si un centre hospitalier comme l'Hôtel-Dieu de Montréal reçoit en cadeau un appareil comme celui-là, il faut en payer l'entretien l'année suivante. Le gouvernement provincial a donc adopté une loi pour interdire les cadeaux aux centres hospitaliers dont la valeur dépasse 5,000\$. On tourne donc en rond. Si cette loi avait existé il y a cinq ans, le Québec n'aurait aucun de ces appareils. Prenons l'exemple d'un appareil de pointe, comme celui de la résonance magnétique, qui est peut-être un peu moins connu vu que nous n'en possédons aucun. Il existe aux États-Unis, et il viendra tranquillement au Canada, mais nous n'en disposons pas encore.

• 2015

Je reviens à votre question sur la possibilité que le gouvernement fédéral décide d'en commander au moins un par province, par deux provinces ou par bloc de trois provinces, et de réserver l'argent à cet effet plutôt qu'aux pêcheries, à l'asphalte des routes ou aux communications. Personnellement, je n'y suis pas opposé.

Le vice-président: Monsieur Marceau.

M. Marceau: Docteur, tout à l'heure, vous nous avez parlé de statistiques très impressionnantes.

A plusieurs reprises, j'ai soulevé la question de la qualité des services de santé, en particulier au Québec.

Dr Desjardins: Oui.

M. Marceau: Et tout le monde m'a répondu, y compris les médecins, que tout allait très bien, qu'il n'y avait pas de problèmes et que les services étaient excellents. Toutefois, je constate, et je vous en félicite, que vous nous faites part d'un sondage selon lequel les services de santé souffrent à certains égards, si vous me permettez l'expression.

A quoi attribuez-vous cette situation? Je vais vous donner trois choix. Est-ce le manque d'équipement, l'accessibilité générale aux services, en tenant compte des conséquences que certains prétendent abusives, ce que je ne crois pas, ou le

[Traduction]

Dr. Desjardins: Obviously, the federal government has a responsibility which I would qualify as enormous. Generally speaking, and I cannot provide you with any mathematical proof of what I am about to say, but the federal government absorbs about 50% of the expenditures. That is what I call an enormous responsibility. If, for some reason, you were to withdraw your support from health insurance and hospital insurance schemes, our province would have half of its services disappear. That would make no sense.

This is what we are trying to tell you in our brief. As you have a responsibility to fund health, could you possibly identify how the money is transferred from the federal government to the provincial government and would it be possible for the federal government to try to spread the wealth throughout Canada, if I can use that expression? In my opinion, that is one of the critical roles of the federal government. By way of example, there are no CAT scanners in our province. We do not have any in Quebec, except for those that were donated by private or charitable foundations. The provincial government realized that if a hospital like Hotel-Dieu in Montreal was given a scanner, someone would have to pay the maintenance the next year. So, the provincial government passed a law forbidding gifts having a value of over \$5,000 to hospitals. So we are going around in circles. If that law had existed five years ago, Quebec would have none of these scanners. Let us take the example of a high technology apparatus like magnetic resonance that is perhaps not as well known as we do not have any at all. They do in the United States and gradually they will start being used in Canada, but we do not have any at the moment.

So I come back to your question on the possibility of the federal government deciding to order one for each province or for every two or three provinces and putting aside the money for that purpose rather than putting it into fisheries, road surfacing or communications. Personally, I am not opposed to it.

The Vice-Chairman: Mr. Marceau.

Mr. Marceau: Doctor, earlier you gave us some very impressive figures.

On several occasions, I raised the question of quality of health services especially in Quebec.

Dr. Desjardins: Yes.

Mr. Marceau: And everyone, including the doctors, said that everything was fine, that there were no problems and that service was excellent. However, I note, and I congratulate you for having mentioned it, that a study reveals that health services are suffering in some respects.

To what do you attribute this situation? Is it the lack of equipment, general accessibility to services with the abuses that some maintain exist and with whom I do not agree, or

[Text]

salaires des spécialistes qui rendent, au Québec, la situation inquiétante sous certains aspects, comme vous le dites?

Dr Desjardins: L'équipement est sûrement un facteur important dans certains secteurs de pointe. C'est également un facteur important pour les médecins qui veulent aller exercer leur profession à l'étranger, et je vous donne un exemple tout simple. Un ophtalmologiste ne s'en ira pas dans un centre hospitalier s'il n'y a pas de lampe à fente pour faire les examens. Si le centre hospitalier ne veut pas lui en procurer une, il n'y ira pas, ce qui nous ramène au problème des effectifs médicaux et à leur distribution à peu près partout dans la province.

Comme deuxième facteur, je parlerais des conditions de travail. Dans ces conditions de travail, il y a l'élément de rémunération, mais ce n'est pas le seul. Il y a, en outre, toute la question de l'atmosphère des centres hospitaliers. Les lits pour les soins aigus n'existent à peu près plus pour les cas électifs, et tout juste pour les cas d'urgence, parce que les lits pour les soins aigus sont maintenant utilisés pour les cas chroniques pour lesquels on ne dispose pas de place. Il n'y a pas de centres de soins prolongés, ni de centres d'accueil pour libérer les lits pour les soins aigus dans les centres hospitaliers.

Le gouvernement provincial prétend que l'on peut parler de 10 p. 100, alors qu'à certains endroits, 20, 30 et 40 p. 100 des lits pour les soins aigus sont utilisés pour les malades chroniques, ce qui décourage les médecins qui auraient des listes d'attente et qui voudraient hospitaliser des malades. L'espèce d'atmosphère générale qui entoure le domaine médical, le fait que la gestion des hôpitaux ait échappé aux médecins... Ces derniers ne participent plus au processus décisionnel du centre hospitalier, ce qui les blesse énormément et les «démotive», car ils ne sont qu'informés des décisions prises: ils ne sont aucunement consultés. En fait, ils ont l'impression qu'ils connaissent un peu les soins aux malades et qu'ils devraient être en mesure de coopérer et de collaborer. Finalement, ils voient qu'ils ne peuvent pas donner les soins à leurs malades car il ne faut pas oublier que la médecine, c'est une profession de rapports personnels, *One on one*, où un médecin traite un malade. Il ne faut pas penser à un hôpital de 800 lits doté de 200 médecins. Quand les listes d'attente s'allongent et que les médecins sont incapables d'aller traiter leurs malades ou qu'ils sont obligés d'user d'astuce pour dire qu'il s'agit d'un cas d'urgence, d'emprunter telle porte plutôt qu'une autre, le système, finalement, les déçoit.

J'ai apporté d'autres statistiques susceptibles de vous intéresser. Encore là, il s'agit de quelque chose de janvier 1984; cela a été publié dans le *New England Journal of Medicine* le 5 janvier 1984. Il s'agit d'une comparaison entre le système nord-américain et le système anglais. En 1979, en Grande-Bretagne, 566,000 patients attendaient d'être opérés. On ne parle pas des autres sortes de patients en attente, seulement des cas de chirurgie. Trente et un p. 100 d'entre eux attendaient depuis plus d'un an, les cas urgents représentaient 7 p. 100 de cet ensemble de patients en attente, et les trois quarts de ces cas urgents attendaient depuis plus d'un mois. Cela, c'est en Grande-Bretagne. C'est un pays qui a plus d'expérience que nous et dont le système a peut-être été l'un des

[Translation]

specialists' salaries that make the situation so disturbing in Quebec?

Dr. Desjardins: Equipment is certainly an important factor in certain areas where advanced technology should be used. It is also an important factor for doctors who want to practise abroad. Just to give you a very quick example, an ophthalmologist will not work in a hospital where there are no slit lamps to carry out examination. If the hospital does not want to buy him one, he will not work there. This brings us back to the problem of medical staff and staff distribution throughout the province.

The second factor pertains to working conditions. Included in this subject is the question of salary, but it is not the only one. There is also the whole question of atmosphere in the hospitals. The acute care beds are virtually unavailable for elective cases and only barely available for emergencies. This is because the acute care beds are now used for chronic cases who do not have enough space. There are no extended care centres or convalescent homes to free up the acute care beds in hospitals.

The provincial government claims that 10% of the acute care beds are used for chronic patients. However, in certain hospitals it is 20, 30 and even 40% of the beds. This discourages the doctors with waiting lists who want to hospitalize their patients. The general atmosphere around the medical profession and the fact that hospital administration is no longer in the hands of doctors... They are no longer involved in the decision making process in the hospital which hurts them and takes away their motivation because they are only informed of decisions once they have been made. They are never consulted. They feel that they are familiar with patient care and that they should be in a position to co-operate and collaborate. Then they see that they are unable to give the proper care to their patients. You must not forget that medicine is a profession of personal relations. It is a profession where a doctor treats a patient, one on one. When we think of medicine, we must not think of a hospital with 800 beds and a staff of 200 doctors. When the waiting lists get longer and the doctors are unable to treat their patients or they are forced to use tricks to make a case look like an emergency, to use one door rather than another, they begin to get disappointed in the system.

I have brought along other figures that may be of interest to you as well. Once again, these figures are from January 1984 when they appeared in an article published in the *New England Journal of Medicine*. The exact date is January 5th, 1984. It was a comparison of the North American and the English systems. In 1979, 566,000 patients were waiting for operations in England. There is no mention of the other categories of patients who were waiting, only of those waiting for surgery. Thirty-one percent had been waiting for over a year, 7% of them were urgent cases and ¾ of the urgent cases had been waiting for more than a month. That is the situation in England. There is a country with more experience than us

[Texte]

premiers dans les pays civilisés. Il ne faudrait pas que cela nous arrive.

• 2020

The Vice-Chairman: Last question.

Mr. Marceau: Last question.

Vous dites qu'il n'y a pas assez de lits d'hôpitaux de disponibles. On nous dit que les services à domicile ou dans des maisons constitueraient une solution moins dispendieuse.

Ma question est la suivante. Est-il exact que c'est moins dispendieux? Est-il possible de donner à domicile ou dans des maisons des soins qui peuvent se comparer à ceux que l'on peut donner dans les hôpitaux, et ce à un coût moindre?

Dr Desjardins: Il est sûrement possible d'avoir un programme de soins à domicile adéquat; ce serait moins coûteux que de construire un centre de soins prolongés. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Il faut évaluer deux choses: la lourdeur des cas qui peuvent être traités à la maison et l'équipe qui va s'en occuper. Comme je le disais tout à l'heure en répondant à une autre question, il faut toujours une équipe dont le chef est médecin; celui-ci est assisté dans ses fonctions par un ensemble de professionnels de la santé qui vont contribuer au soin des malades.

M. Marceau: Merci. Je vous félicite pour votre mémoire. C'est très intéressant.

Dr Desjardins: Merci.

The Vice-Chairman: Dr. Halliday, how about four minutes?

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

It is too bad to have as excellent testimony as this come before the committee and not have longer to talk to it.

I have for many years now thought the doctors were being subjected to a very Draconian system in Quebec, and when I heard our federal minister some years back say that was the kind of system she wanted for the rest of Canada I could not believe it, frankly, but that was in my naivety as a young politician here.

In the last week or two my colleagues opposite, some from Quebec, could not believe that there was really criticism either from the patients or from the doctors of the health care system in Quebec; yet we listen to Dr. Desjardins' testimony tonight and I can hardly believe some of the things you are telling us that are going on in Quebec and my colleagues do not know about. Either they have not listened or you have not talked to them. There is obviously a problem.

Mr. Epp: Or we have not done our job.

Mr. Halliday: I want to ask Dr. Desjardins a question arising out of page 5. On page 5 in the last sentence in the top paragraph you talk about the reason why Quebec doctors could not resort to extra-billing. You talk about a situation in 1970 and the social and political upheaval at that time. I think

[Traduction]

and whose system was perhaps one of the first of its kind in the civilized world. We must not fall into the same trap.

Le vice-président: Dernière question.

M. Marceau: Dernière question.

You say that there are not enough hospital beds available. We have been told that house calls, services offered in private houses, would not be as costly.

My question is as follows. Is it true that it would cost less? Could services be offered in the home or in special homes that would be on a par with services offered in hospitals and at a lower cost?

Dr. Desjardins: Certainly it is possible to have an adequate home care program. It would cost less than building an extended care centre. That is without a doubt.

Two things must be taken into account here. The nature of the cases treated in the home and the team that would treat them. As I was saying earlier in reply to another questioner, there would always have to be a team headed up by a doctor. The doctor would be seconded in his duties by a group of health professionals who would deal with patient care.

Mr. Marceau: Thank you. Congratulations on your brief. It is very interesting.

Dr. Desjardins: Thank you.

Le vice-président: Docteur Halliday, si je vous accordais quatre minutes?

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

C'est vraiment dommage de ne pas disposer de plus de temps après cet excellent exposé.

Pendant de nombreuses années, j'ai été d'avis que les médecins au Québec étaient soumis à un régime draconien. Or, il y a quelques années, j'ai entendu le ministre fédéral dire que c'était le régime qu'elle voulait appliquer partout au Canada. Eh bien, je n'en croyais pas mes oreilles, sincèrement, ce qui montre ma naïveté de jeune politicien à l'époque.

Au cours des deux dernières semaines, mes collègues en face, dont certains viennent du Québec, n'arrivaient pas à croire que les patients et les médecins pouvaient vraiment trouver à redire au système de prestation des soins au Québec. Pourtant, nous avons écouté les témoignages du docteur Desjardins ici ce soir et j'arrive à peine à croire que ces choses-là puissent se passer au Québec sans que mes collègues en soient au courant. Soit ils n'ont pas bien écouté, soit vous ne leur en avez pas encore parlé. Manifestement, il y a un problème.

M. Epp: Ou nous n'avons pas bien fait notre travail.

M. Halliday: Je voudrais poser une question qui découle de la page 5 du mémoire. À la dernière phrase du premier paragraphe, vous parlez de la raison pour laquelle les médecins au Québec ne devraient pas avoir recours à la surfacturation. Vous citez une situation survenue en 1970 et vous décrivez le

[Text]

I know what you are referring to there, but I would like to know a bit more about that and the significance of what you refer to and how that has an influence on the situation you as physicians find yourselves in now in Quebec.

Dr. Desjardins: Well, this is history, and it is a part of history I believe most of us try to forget.

When Mr. Castonguay became the Minister of Social Affairs and decided the time had come for setting up medicare in Quebec the medical specialists claimed that a valve to this situation had to be the over-billing issue, that it was a check and balance built into the system so you would not have one partner too strong for the other. Mr. Castonguay would not accept that argument, and since we are a professional union—we are not an association such as the CMA or one of its subdivisions; we are a completely autonomous professional union—we told Mr. Castonguay that we were going to go on strike over that single issue—and we did.

• 2025

What I talk about here is that all of a sudden we had the War Measures Act on our backs and we had policemen with their bayonets all through the City of Montreal and every other city. We had the assassination of Mr. Laporte, the kidnapping of Mr. Cross. Then we had back-to-work legislation that was Draconian, in the sense that our homes were being taken over, our bank accounts, our cars, our families, etc., unless we went back to work. We were all outside the province in discussions and we decided that civil disobedience was not what we should do. We accepted to go back to work. We realized at that time that over-billing, as far as we were concerned, was lost forever. We also realized that our strength, or our power to negotiate with our federal government, was weakened in comparison with that of other provinces. That is what I am trying to say in a delicate, gentle manner in this paragraph on page 5.

The Vice-Chairman: You have one short question left.

Mr. Halliday: Okay. Mr. Chairman, perhaps Dr. Desjardins could give us some idea as to what he thinks this committee should do to amend Bill C-3. Also, as you address that, do you approve of the amendment that was submitted to us by your sister organization, the FMOQ, with respect to penalizing a province that does not provide adequate remuneration to its physicians?

The Vice-Chairman: Dr. Desjardins, we would appreciate a short answer, if that is possible.

Dr. Desjardins: We feel that concertation is one issue that should be taken care of within this legislation. We feel that to have specific programs and funding, identified clearly by the federal government, is a second solution. Thirdly, among those programs could very easily be one tagged for physician remuneration, and the expression "reasonable remuneration" is one that we feel should be kept in the law—in that sense, yes, we do agree with our sister federation—and, as well,

[Translation]

climat socio-politique particulièrement perturbé à l'époque. Je crois avoir saisi votre pensée, mais j'aimerais toutefois que vous la précisiez et que vous expliquiez comment ce climat a mené à la situation dans laquelle vous vous trouvez actuellement au Québec.

Dr Desjardins: C'est l'histoire et c'est une partie de l'histoire que nous aimerions oublier, je crois.

Lorsque M. Castonguay est devenu ministre des Affaires sociales et a décidé d'établir l'assurance-maladie au Québec, les spécialistes ont prétendu qu'il fallait imposer la surfacturation comme soupape. Ils maintenaient que c'était une façon d'assurer la vérification automatique du système pour qu'il n'y ait pas de déséquilibre. M. Castonguay ne voulait pas accepter cet argument et puisque nous sommes un syndicat professionnel, et non pas une association comme l'AMC, mais un syndicat professionnel entièrement autonome, nous avons annoncé alors à M. Castonguay que nous allions faire la grève et nous l'avons faite.

Ce dont je parle ici c'est que tout à coup on nous a imposé la Loi sur les mesures de guerre et nous avons vu des policiers avec des baïonnettes sillonner la ville de Montréal et toutes les autres villes. Nous avons eu l'assassinat de M. Laporte, l'enlèvement de M. Cross. Ensuite nous avons subi une loi de retour au travail qui était draconienne, dans la mesure où on saisissait nos maisons, nos comptes en banque, nos voitures, nos familles, etc., à moins que nous ne reprenions le travail. Nous étions tous à des négociations hors de la province et nous avons décidé que la désobéissance civile n'était pas la voie à suivre. Nous avons accepté de retourner au travail. Nous nous sommes rendu compte alors que la surfacturation, dans notre cas, était perdue à tout jamais. Nous avons compris également que notre force, notre pouvoir de négociation avec le gouvernement fédéral, étaient affaiblis par comparaison avec d'autres provinces. Voilà ce que j'essaie de dire, de façon délicate et subtile, dans ce paragraphe de la page 5.

Le vice-président: Il vous reste du temps pour une brève question.

M. Halliday: Bien. Monsieur le président, M. Desjardins pourrait-il nous donner une idée des modifications qu'il souhaiterait nous voir apporter au projet de loi C-3. À ce sujet, approuvez-vous l'amendement qui nous est proposé par votre organisation-soeur, la F.M.O.Q., qui aurait pour effet de pénaliser une province qui n'assure pas une rémunération adéquate à ses médecins?

Le vice-président: Docteur Desjardins, nous vous serions reconnaissants d'une réponse brève, si possible.

Dr Desjardins: Nous pensons que cette loi devrait instituer la concertation. Une deuxième solution est que le gouvernement fédéral identifie clairement des programmes précis et des apports financiers précis. Troisièmement, parmi ces programmes, l'un pourrait facilement porter sur la rémunération des médecins et nous pensons que le terme «rémunération raisonnable» devrait figurer dans la loi—nous sommes d'accord là-dessus avec notre fédération-soeur—ainsi que l'exigence d'un

[Texte]

adequate financing for the hospitals, which is also essential, and in that respect we agree with the Bill entirely.

The Vice-Chairman: Thank you very much.

Dr. Hudecki. You have four minutes.

Mr. Hudecki: I want to congratulate the committee on articulating some of the problems so clearly. I have tried for a long time, almost like a broken record, to try to point out what is meant not just by health care, but the quality of health care. It is very difficult to put across the problems that face somebody in one of the specialty fields, and when you talk about doctors' indicating that they are unhappy with their lot and with their satisfaction in the work they are doing, they are expressing that. So often it is interpreted as being because of insufficient pay, but it is not just that. It is a combination of working conditions and remuneration, a combination of the two. Without proper equipment and without a possibility of utilizing the most recent and most beneficial techniques, a considerable depression could set in. People with experience, knowledge and training should be provided with proper, up-to-date equipment. I think it really has not been possible to get that distinction across to the public at large, and this really has to be defined.

To deal with extra-billing, it has always been my feeling that there are two components to it. First of all, in order to give proper compensation, the medical profession and the specialists themselves have to work out what they feel is an adequate compensation. I think that has to be in their hands. They are the only ones. They should take into consideration experience at work, training, the type of work they are doing, and the risks that they are taking. Then, secondly, money should be earmarked for them, as you suggest, within the system. I think you have articulated that better than I have been able to. I think that is the only way. Within your society, if you can satisfy each doctor as to what the needs are and then submit the aggregate amount to the province, the province should then be able to negotiate with the federal government periodically to sort of compensate for the lack of extra-billing. I was wondering whether you have any figures as to how much of the provincial funds are now directed towards health care costs. Have any of your economists been able to work out what percentage it is, even with the figures that you have?

• 2030

Dr. Desjardins: It is \$3 billion, roughly. About two-thirds of that is for hospitals and all the other health care establishments; about \$1 billion is for health professionals, and that includes physicians, dentists, pharmacists and optometrists.

The Vice-Chairman: Your time has expired, Dr. Hudecki. I am sorry.

Madame Côté, très rapidement, s'il vous plaît.

Mme Côté: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

financement adéquat des hôpitaux qui nous paraît également essentiel et nous sommes là-dessus entièrement d'accord avec le projet de loi.

Le vice-président: Je vous remercie infiniment.

Docteur Hudecki, vous avez quatre minutes.

M. Hudecki: Je veux féliciter les témoins pour avoir si clairement exposé certains des problèmes. Cela fait tellement longtemps que j'essaie de préciser ce que l'on entend par qualité des soins de santé que j'ai l'impression de me répéter comme un disque rayé. Il est très difficile de faire comprendre les problèmes qui se posent dans certaines spécialités et lorsque les médecins disent qu'ils sont insatisfaits de leur sort, qu'ils n'ont pas de satisfaction dans le travail qu'ils font, c'est de cela qu'ils parlent. On attribue toujours la cause de cela à l'insuffisance de la rémunération, mais ce n'est pas seulement cela, c'est la combinaison des conditions de travail et de la rémunération. Les médecins iront à la dépression si on ne leur donne pas le matériel adéquat et la possibilité d'utiliser les techniques les plus récentes et les plus bénéfiques. Les gens qui ont l'expérience, la connaissance et la formation doivent pouvoir disposer des équipements modernes dont ils ont besoin. On n'a pas réussi à faire saisir cette distinction au grand public et il y a là un travail de définition à faire.

Pour en venir à la surfacturation, j'ai toujours eu l'impression qu'il y a là deux aspects. Premièrement, c'est à la profession médicale et aux spécialistes eux-mêmes de décider ce qu'ils entendent par rémunération adéquate. C'est leur rôle, ils sont les seuls à pouvoir le faire. Ils doivent tenir compte de l'expérience de travail, de leur formation, du genre de travail qu'ils accomplissent et des risques qu'ils prennent. Ensuite, en deuxième lieu, à l'intérieur du système, une certaine somme doit leur être réservée. Vous avez exprimé cela mieux que je ne saurais le faire. Cela me paraît le seul moyen. Dans notre société, si l'on peut déterminer à la satisfaction de chaque médecin quels sont les besoins et soumettre ensuite le montant total à la province, celle-ci devrait pouvoir négocier périodiquement avec le gouvernement fédéral pour compenser l'absence de surfacturation. Avez-vous des chiffres sur le pourcentage des fonds provinciaux qui sont consacrés à l'heure actuelle aux coûts des soins de santé. Vos économistes ont-ils pu calculer un pourcentage, même en utilisant les chiffres dont vous disposez?

Dr Desjardins: Il s'agit d'environ 3 milliards de dollars. Environ les deux tiers de cette somme sont consacrés aux hôpitaux et aux autres établissements de soins de santé; environ 1 milliard de dollars est consacré aux professionnels de la santé, qui comprennent les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les optométristes.

Le vice-président: Je regrette, docteur Hudecki, mais votre temps est écoulé.

Please be very brief, Madam Côté.

Mrs. Côté: Thank you, Mr. Chairman.

[Text]

Docteur Desjardins, à la page 2 de votre mémoire, vous parlez du rôle du Parlement fédéral. Vous dites que ce rôle est essentiellement de contribuer au financement et que la responsabilité de concevoir, de planifier et de fournir les services est celle des provinces. Quand vous construisez une clôture de ligne avec votre voisin, docteur Desjardins, avez-vous le droit de discuter avec lui du genre de clôture que vous allez construire et du montant d'argent que vous allez y consacrer?

Dr Desjardins: Si le voisin en paie la moitié et que c'est juste sur la ligne, je suppose que oui.

Mme Côté: Vous supposez que oui.

Si les citoyens du Québec ne peuvent pas savoir quels sont les coûts réels des services de santé au Québec, pensez-vous que le gouvernement fédéral pourra exiger qu'on les fasse connaître ainsi qu'un droit de regard sur la qualité des services, sans qu'on en fasse une grosse guerre constitutionnelle?

Dr Desjardins: J'ai l'impression que nous le disons très clairement dans notre mémoire: la réponse n'est pas un oui faible, mais un oui extrêmement catégorique. Nous souhaitons que le gouvernement fédéral exige cette visibilité des sommes d'argent, tant celles du fédéral que celles du provincial.

Mme Côté: Docteur Desjardins, il ne s'agit pas d'une question de visibilité du strict point de vue politique, mais d'une question de qualité des services. Je vous écoute parler de l'atmosphère qui règne dans les hôpitaux, des conditions presque pénibles dans lesquelles vous travaillez. Croyez-vous que c'est presque aussi pénible dans les autres provinces?

Dr Desjardins: Je ne sais pas. Dans les autres provinces...

Mme Côté: Mais chez nous, ce n'est pas beau.

Dr Desjardins: Je pense que, chez nous, la situation est difficile à expliquer quand on essaie de le faire à l'extérieur. Il y a un élément en particulier dont le Comité devrait prendre note. Il y a une espèce de budget global pour chaque centre hospitalier; chaque centre hospitalier y est restreint. Aujourd'hui, l'Hôpital Notre-Dame, qui est l'hôpital universitaire de l'Université de Montréal et qui est supposé être à la pointe du progrès, est obligé de couper un montant d'argent important, soit 7 millions de dollars, dit-on. Si un hôpital comme celui-là doit couper des services, eh bien, il existe un problème de sous-financement quelque part qui déborde le cadre strict du projet de loi qui vise la surfacturation et les frais modérateurs.

Mme Côté: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: Merci, madame.

Dr. Gurbin has...

An Hon. Member: Four minutes.

The Vice-Chairman: He promised that he would be shorter than that.

Dr. Gurbin.

[Translation]

Dr. Desjardins, on page 2 of your brief, you talk about the role of the federal Parliament. You say that its role is chiefly to contribute to financing, and that the responsibility for designing, planning and providing services belongs to the provinces. When you build a fence with your neighbour, Dr. Desjardins, are you entitled to discuss what type of fence you are going to build and how much you are going to spend?

Dr. Desjardins: If my neighbour pays half the cost, and if the fence is right on the dividing line between our properties, I suppose I am entitled to such a discussion.

Mrs. Côté: You suppose you are.

If the people of Quebec cannot find out the real costs of health services in Quebec, do you think that the federal government could require that this information be made available and further require that it be allowed to examine the quality of the services without getting into a huge constitutional battle on the subject?

Dr. Desjardins: I think we answered this question very clearly in our brief: the answer is not a weak yes, but an extremely categorical yes. We want the federal government to require that both federal and provincial contributions to health care costs be made available.

Mrs. Côté: From a strictly political point of view, Dr. Desjardins, we are not talking about making information available. We are talking about the quality of services. I have heard you talking about the atmosphere in hospitals, about the rather difficult conditions under which you are working. Do you think that the situation is almost as difficult in the other provinces?

Dr. Desjardins: I do not know. In the other provinces...

Mrs. Côté: But the situation in Quebec is not very nice.

Dr. Desjardins: I think that it is difficult to explain the situation in Quebec from the outside. There is one point in particular that the committee should note. There is a sort of overall budget for each hospital; and each hospital is limited to that budget. The hospital attached to the University of Montreal, the *Hôpital Notre-Dame*, which is supposed to be a very advanced hospital, apparently has to cut \$7 million from its budget. If a hospital such as that has to cut back on services, the fact is that there is an under-financing problem somewhere that goes much beyond the questions of overbilling and user charges covered in the Bill.

Mrs. Côté: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Thank you, Mrs. Côté.

Le docteur Gurbin a...

Une voix: Quatre minutes.

Le vice-président: Il a promis de prendre moins de quatre minutes.

Docteur Gurbin.

[Texte]

Mr. Gurbin: And I will not try for any preamble, so you will never know where I am coming from or where I went.

The bottom line of the whole issue is patient care. I would simply like you to tell me, as directly as possible—the one part-preamble I will sneak in here is that I do practise, and have practised very closely, with a specialist who left Quebec. On the bottom line, on patient care, would you say yes or no to the question, does patient care suffer now? Do patients themselves suffer because of the type of medical care that has evolved in Quebec? Specifically, as an example, is a patient liable to receive perhaps more X-radiation because of the specific way the system has evolved?

• 2035

Dr. Desjardins: Because the equipment is lousy.

I think the answer to that, in my mind, is very clear. If you compare Quebec patients to England, such as I was giving statistics on earlier, then the answer is no, their care is better. If you compare it to the United States, then the answer is yes, their care is worse.

Mr. Gurbin: How about the rest of Canada?

Dr. Desjardins: I do not know where we are situated before the rest of Canada.

Mr. Hudecki: That is a loaded question. It is like beating your wife.

The Vice-Chairman: Order, please.

Dr. Gurbin, are you through?

Mr. Gurbin: No, I am still waiting for a positive answer.

Dr. Desjardins: Okay. Our main comparing unit is that of Ontario, and I would say it is worse in Quebec than it is in Ontario.

Mr. Gurbin: Thank you.

Madam Côté: Therefore you should stay in Ontario.

The Vice-Chairman: Dr. Desjardins, thank you and your colleagues. As Dr. Halliday said, it is too bad we did not have more time, but I appreciate your being here and sharing your views with us. Thank you.

I now call upon representatives of the United Ostomy Association of Canada.

Colleagues, we have with us tonight representatives of the United Ostomy Association of Canada, Mr. Claude Campbell, the Provincial Representative for Southwestern Ontario, and Mrs. Ruby McGowan, President of the Ottawa Chapter.

I believe, Mr. Campbell, you are going to make the presentation. Is that correct?

Mr. A. Claude Campbell (Provincial Representative for Southwestern Ontario, United Ostomy Association of Canada): Mr. Chairman, we are here representing Mr. Allan Porter, who is the co-ordinator of the 65 Canadian chapters of the United Ostomy Association. We are very grateful to be here and to have an opportunity to address you this evening.

[Traduction]

M. Gurbin: Je ne vais pas faire de préambule, donc vous ne saurez jamais d'où je viens ni où je m'en vais.

Le point le plus important dans toute cette question est celui des soins des patients. J'aimerais dire en guise de mini préambule que j'exerce la médecine avec un spécialiste qui a quitté le Québec. Pourriez-vous me dire si oui ou non la qualité des soins des patients a été réduite à cause de la situation actuelle? Est-ce que même les patients souffrent à cause du genre de soins qui se donnent maintenant au Québec? Plus précisément, à titre d'exemple, est-ce qu'un patient risque d'être exposé à une plus grande radiation de rayons-X à cause de l'évolution précise du régime?

Dr Desjardins: Parce que l'équipement est dégueulasse.

La réponse à cette question, à mon avis, est très claire. Si vous comparez les patients au Québec à ceux de l'Angleterre, selon les statistiques que je vous donnais précédemment, alors non, ici ils sont mieux soignés. Si vous les comparez à ceux des États-Unis, alors oui, ils sont moins bien soignés.

M. Gurbin: Et par rapport au reste du Canada?

Dr Desjardins: Je ne sais pas où nous nous situons par rapport au reste du Canada.

M. Hudecki: C'est une question dangereuse. C'est comme demander si vous battez votre femme.

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Monsieur Gurbin, avez-vous fini?

M. Gurbin: Non, j'attends toujours une réponse positive.

Dr Desjardins: Très bien. Nous nous comparons surtout à l'Ontario, et je dirais que c'est pire au Québec qu'en Ontario.

M. Gurbin: Merci.

Mme Côté: Donc, vous devriez rester en Ontario.

Le vice-président: Docteur Desjardins, je vous remercie, vous et vos collègues. Comme l'a dit le docteur Halliday, il est dommage que nous n'ayons pas plus de temps, mais nous vous sommes reconnaissants d'être venu ici nous faire part de vos opinions. Merci.

J'inviterais maintenant les représentants de la *United Ostomy Association of Canada*.

Chers collègues, nous accueillons ce soir les représentants de la *United Ostomy Association of Canada*, M. Claude Campbell, le représentant provincial pour le sud-ouest de l'Ontario, et M^{me} Ruby McGowan, présidente de la section d'Ottawa.

Je crois, monsieur Campbell, que vous allez nous faire un exposé. N'est-ce pas?

M. A. Claude Campbell (représentant provincial pour le sud-ouest de l'Ontario, *United Ostomy Association of Canada* (Association unie des «ostomates» du Canada)): Monsieur le président, nous représentons ici M. Allan Porter, le coordonnateur des 65 chapitres canadiens de l'Association. Nous vous

[Text]

On behalf of all ostomates in Canada Mr. Porter prepared a brief for this committee, which I understand has been distributed, and the brief has some descriptive material about ostomates in general, who request your help and your consideration.

As I am sure you know, an ostomate is a person who has undergone surgery and has lost all or part of his or her rectum, large bowel or bladder, and, after removing the diseased parts, the surgeon brings the end of the bowel through the abdominal wall and forms what we call a stoma. Most ostomates must wear a pouch or an appliance over that stoma to collect feces or urine for the rest of their lives.

Many people say they would rather be dead than have that, but let me assure you that life for an ostomate is not all bad. Mrs. McGowan, Mr. Porter and I are all ostomates—either ileostomates or colostomates, and we are living normal, happy and, we believe, useful lives.

• 2040

Until about 25 years ago, ostomates did not receive much help from anyone. They were fitted with heavy rubber pouches that protruded under their clothing, were extremely irritating to the skin, and they frequently leaked and smelled. Many of them shut themselves away from the world and became recluses.

The United Ostomy Association was formed in 1962, for the specific purpose of helping such people, and it has been instrumental in getting better appliances and accessory products made. Modern appliances are made of a very special plastic film. They are completely waterproof and very light and comfortable to wear. They are so inconspicuous that unless an ostomate chooses to tell, no one even suspects that he or she is wearing one. They can even be worn under bikinis or leotards.

The accessories, adhesives and skin care preparations are also excellent. So with a feeling of well-being, every ostomate can take his or her place in today's society and become a productive member of the community. The main problem is that as ostomy appliances and accessories improved, so did their cost increase, and senior citizen ostomates, who are living close to the poverty line, find that the present day expense of the necessary appliances and accessories is very heavy indeed.

Ostomates do have financial help in some parts of Canada. In the four western provinces and in Quebec all ostomates are reimbursed to the extent of anything from 30% to 100% of their costs. In the provinces of Nova Scotia and New Brunswick, ostomates who are over 65 years of age—the senior citizens—do receive help. In Ontario, ostomates who are 18 years of age or under are the only ones who receive any

[Translation]

sommes très reconnaissants d'être ici et de nous offrir l'occasion de vous parler ce soir.

Au nom de tous les «ostomates» du Canada, M. Porter a rédigé un mémoire à l'intention du Comité, lequel, si j'ai bien compris, a déjà été distribué, et où vous trouverez de la documentation descriptive sur les «ostomates» en général qui demandent votre aide et votre attention.

Comme vous le savez, j'en suis persuadé, un «ostomate» est une personne ayant subi l'ablation chirurgicale d'une partie ou de la totalité de son rectum, de son gros intestin ou de sa vésicule biliaire et une fois l'ablation faite des parties malades, le chirurgien aboute le bout de l'intestin à la paroi abdominale et forme ce que nous appelons une stomie. La plupart des «ostomates» doivent porter un sac ou un appareil par-dessus cette stomie afin de recueillir les excréments ou l'urine pendant le restant de leur vie.

Bien des gens disent qu'ils préféreraient être morts plutôt que d'avoir cela, mais je vous assure que la vie d'un «ostomate» n'est pas si vilaine. M^{me} McGowan, M. Porter et moi-même sommes tous des «ostomates»—ayant subi soit une iléostomie ou une colostomie, et nous vivons des vies normales, heureuses et, croyons-nous, utiles.

Jusqu'à il y a vingt-cinq ans, les «ostomates» ne recevaient pas grande aide de quiconque. On leur installait des sacs de caoutchouc épais qui paraissaient sous leurs vêtements et irritaient énormément la peau, et très fréquemment, ces sacs coulaient et sentaient. Nombreux étaient ceux qui s'isolaient du monde.

La *United Ostomy Association* a été formée en 1962, dans le but précis d'aider de telles personnes, et a joué un rôle pour obtenir de meilleurs appareils et de meilleurs accessoires. Les appareils modernes sont fabriqués à partir d'un film de plastique très spécial. Ils sont complètement imperméables et très légers et on les porte facilement. Ils paraissent si peu qu'à moins qu'on en parle, personne ne soupçonne qu'on en porte. On peut même les porter sous un bikini ou un collant.

Les accessoires, les adhésifs et les produits de soin de la peau sont excellents aussi. Grâce à ce sentiment de bien-être, chaque «ostomate» peut prendre sa place dans la société d'aujourd'hui et devenir un membre productif de la communauté. Le problème principal provient du fait que des appareils et des accessoires améliorés ont entraîné une augmentation de leur coût, et les «ostomates» âgés qui sont près du seuil de la pauvreté trouvent très élevé le coût actuel des appareils et accessoires nécessaires.

Les «ostomates» reçoivent de l'aide financière dans certaines parties du Canada. Dans les quatre provinces de l'Ouest et au Québec, tous les «ostomates» se voient rembourser entre 30 à 100 p. 100 de leurs frais. En Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les «ostomates» de plus de 65 ans—le troisième âge—reçoivent de l'aide. En Ontario, les «ostomates» de moins de 18 ans sont les seuls à recevoir la moindre aide gouverne-

[Texte]

government assistance. In Prince Edward Island and Newfoundland there is no financial help for ostomates at all.

It seems strange to us that such countries as the United Kingdom, Sweden, Germany, Austria, Holland, France, Spain, Italy, Australia and New Zealand provide free supplies or full reimbursement for all expenses of ostomates, but Canada does not do the same.

We have come a long way in the last five years in providing financial help for our ostomates, but we still have a long way to go. We need to provide help for all ostomates in those provinces where no help is available, and to improve and extend the help that is available in other provinces.

We realize that the help we now receive comes from provincial governments and depends on programs arranged by the respective provincial ministries of health. We also firmly believe a strong recommendation from this committee would assist greatly in securing help for ostomates in the provinces that presently receive no help, and would improve the care received in other provinces.

Therefore, on behalf of all ostomates in Canada, it is humbly requested by the United Ostomy Association of Canada that all senior citizen ostomates in Canada receive full coverage for their pouches, appliances and accessory items, for the care of their ostomy, so that they can lead full, healthy and comfortable lives. We also recommend that all other ostomates in Canada receive at least 75% coverage for their pouches, appliances and accessory items, so that they too can lead full, healthy and comfortable lives.

Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Campbell. Mr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I certainly want to thank the witnesses here tonight from the United Ostomy Association of Canada. They certainly have a very appropriate brief to present to the committee.

I suppose I might question the relevance of this particular presentation to Bill C-3 that we have at hand, although there is a connection, and I will come to that in just a minute. I know there are at least three of us in this room—Dr. Hudecki, Mrs. Killens and I—who served on the special committee for the disabled and handicapped, and this is one of the very subjects that we were dealing with on that committee, namely, the provision of what we call technical aids. This is just another technical aid. As you know, there are so many disabilities around, and the one that you people suffer from is another one. You require technical aid, namely, some kind of an apparatus to apply to the ostomy.

It brings up, of course, one of my old concerns and you have hit it right on the head in your brief to us today. I presume

[Traduction]

mentale. À l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve, il n'y a aucune aide financière.

Il nous semble étrange que des pays tels que la Grande-Bretagne, la Suède, l'Allemagne, l'Autriche, la Hollande, la France, l'Espagne, l'Italie, l'Australie et la Nouvelle-Zélande fournissent gratuitement les produits nécessaires ou remboursent toutes les dépenses des «ostomates», mais que le Canada ne fasse pas de même.

Nous avons fait beaucoup de chemin au cours des cinq dernières années en vue d'offrir une aide financière à nos «ostomates», mais il nous reste encore beaucoup de chemin à faire. Il nous faut aider tous les «ostomates» dans les provinces où il n'y a aucune aide, et améliorer et élargir l'aide disponible dans les autres provinces.

Nous nous rendons compte que l'aide que nous recevons actuellement provient des gouvernements provinciaux et dépend de programmes mis sur pied par les ministères provinciaux de la Santé dans chaque province. Nous croyons également fermement qu'une recommandation ferme du présent Comité nous aiderait énormément à obtenir de l'aide pour les «ostomates» dans les provinces où ils ne reçoivent aucune aide actuellement, et à améliorer ce qu'ils reçoivent dans les autres provinces.

Par conséquent, au nom de tous les «ostomates» du Canada, la *United Ostomy Association of Canada* demande humblement que tous les «ostomates» âgés au Canada soient remboursés intégralement pour leurs sacs, leurs appareils et accessoires, pour tous ce qui est nécessaire à leur stomie, de façon à ce qu'ils puissent vivre des vies pleines, saines et aisées. Nous recommandons également que tous les autres «ostomates» au Canada soient remboursés à au moins 75 p. 100 pour leurs sacs, appareils et accessoires, de façon à ce qu'ils puissent vivre des vies pleines, saines et aisées.

Merci, monsieur le président.

Le vice-président: Merci, monsieur Campbell. Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je tiens tout particulièrement à remercier les témoins qui sont ici ce soir de la *United Ostomy Association of Canada*. Leur mémoire est certainement des plus appropriés.

Je suppose que je pourrais m'interroger sur le lien entre cet exposé et le projet de loi C-3 dont nous sommes saisis, bien qu'il y ait une relation, et j'y viendrai dans un instant. Je sais qu'il y a au moins trois personnes parmi nous dans cette salle—le docteur Hudecki, M^{me} Killens et moi-même—qui ont fait partie du Comité spécial sur les invalides et les handicapés, et il s'agit d'un des mêmes sujets que nous avons examinés dans le cadre des travaux de ce comité, à savoir fournir ce que nous appelons des aides techniques. Il s'agit simplement d'une autre aide technique. Comme vous le savez, il y a un si grand nombre d'invalidités, et vous souffrez d'une parmi d'autres. Vous avez besoin d'aide technique, à savoir un genre d'appareil nécessaire à appliquer à une stomie.

Cela nous amène bien sûr à l'une de mes vieilles préoccupations, et vous avez frappé en plein dans le mille avec votre

[Text]

both of you were here for the last hour and heard the testimony from our witnesses and the specialists from Quebec. You heard from them firsthand what happens to the technical aids in a hospital when you have a system like the one you have in Quebec. They cannot even have a gift of a machine that costs more than \$5,000, it is forbidden by law. When you get that kind of health system going in a country and when the Minister wants that kind of system in the rest of the country, you can see what we are getting into.

• 2045

The point I want to make is that you cite here other countries that provide these technical aids, the ostomies, and I will bet you are right, but I will tell you one thing, there is not one of those countries that does not involve patients who can afford to pay something in helping to pay for the medical care. There is not one of those countries, I will wager, that you have mentioned that does not encourage, to some extent, each patient who is able to pay to contribute to his health care cost. This is the difference between Canada and these other countries. What is happening in Canada is that you have some provinces that give one thing to certain patients and you have other provinces that give something different. So, as far as ostomies are concerned, you will get some provinces that do more than other provinces, but there will be some other technical aid that another province will offer that others will not.

One question I want to ask you, because it is of interest, I am sure, to the committee members, is, what does it cost, roughly, on an average, per year, for an ostomy patient? What would you reckon the average expense would be to look after him, if, indeed, you have to buy it yourself?

Mr. A. Campbell: There are a great number of different kinds of ostomies. We did have a survey in Hamilton of the people who belong to the Hamilton district. We surveyed about 200 people. The costs run anywhere from \$300 to \$800 per year. There are a few that go much more than that, but I would say that somewhere in the order of \$400 or \$500 is probably average.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I do not really have many other questions to ask the witnesses. I think the . . .

Ms Ruby McGowan (President, Ottawa Chapter, United Ostomy Association(Canada)): I can tell you that, for myself, I pay \$79 every time I have to buy 100 pouches; that is about every month, because I change quite often.

Mr. Halliday: Our committee, Mr. Chairman, when we were on the Disabled and Handicapped committee, dealt with situations . . . Let us say that a person is almost blind but, by virtue of being given an opticom, a machine that would help him to see, he could go to work and could earn a living. We felt, as a committee, that it was very important that Canadians supply those who are disabled with that kind of equipment. I think we all felt very strongly about that and I am disappointed when I see the health care system moving in a direction that is going to delay that very sort of thing and preclude its happening, as we heard from these people from

[Translation]

mémoire aujourd'hui. J'imagine que vous étiez tous les deux ici pendant la demi-heure qui a précédé et que vous avez entendu donc le témoignage de nos témoins et des spécialistes québécois. Vous les avez entendus raconter ce qui arrive aux aides techniques dans un hôpital régi par le système québécois. On ne peut même pas accepter en cadeau une machine qui coûterait plus de \$5,000, la loi l'interdit. Or, c'est précisément le genre de système de santé que réclame le ministre pour l'ensemble du pays; on peut facilement s'imaginer les problèmes.

Ce à quoi je veux en venir, c'est que vous donnez ici le nom d'autres pays qui offrent ces appareils techniques, j'imagine que vous avez raison. Cependant il faut dire une chose: tous ces pays demandent à leurs patients qui le peuvent de contribuer aux coûts des soins médicaux. Je serais prêt à parier qu'aucun des pays auxquels vous avez fait allusion n'encourage pas dans une certaine mesure chaque patient qui en est capable à contribuer aux coûts. C'est là la différence entre le Canada et ces autres pays. Au Canada, certaines provinces offrent certains services à leurs patients et d'autres provinces offrent quelque chose de différent. Donc, notamment au chapitre des ostomies, certaines provinces en font plus que d'autres, mais il est possible que ces autres provinces offrent des appareils techniques que les premières ne fournissent pas.

J'aimerais vous poser une question qui intéresse, j'en suis sûr, les membres du Comité. Combien en coûte-t-il en moyenne par année pour soigner un patient frappé d'ostomie? Quelles dépenses devriez-vous engager vous-même si vous deviez le faire, en moyenne?

M. A. Campbell: Il existe un grand nombre de types de cette maladie. Nous avons fait une enquête à Hamilton parmi notre population. Nous avons interrogé environ 200 personnes. Les coûts varient de \$300 à \$800 par année. Certains dépensent beaucoup plus, mais je dirais qu'en moyenne la dépense est de l'ordre de \$400 ou \$500.

M. Halliday: Monsieur le président, je n'ai pas vraiment d'autres questions à poser au témoin. Je crois que . . .

Mme Ruby McGowan (présidente, Chapitre d'Ottawa, Association unie d'ostomie (Canada)): Personnellement, je débourse \$79 chaque fois que je dois acheter 100 sacs; cette dépense survient environ tous les mois.

M. Halliday: J'aimerais, monsieur le président, faire allusion au comité spécial des handicapés. Prenons l'exemple d'une personne quasi aveugle qui reçoit un opticom, machine lui permettant de mieux voir, et peut ainsi aller travailler et gagner sa vie. En tant que Comité, nous avons jugé important que les Canadiens offrent ce genre de matériel aux handicapés. Nous en étions tous convaincus, et je suis déçu de constater que le système des soins de santé soit orienté dans une direction tout autre; cela retarde tout le processus, comme nous l'ont dit les Québécois ce soir. À moins de modifier le projet de loi C-3, j'ai bien peur que le système québécois ne

[Texte]

Quebec tonight. I am afraid that, unless we can make some amendments to this Bill C-3, we are going to have that Quebec system imposed on the rest of Canada and you can imagine what chance you are going to have of getting the sort of help you are looking for.

Thank you, Mr. Chairman.

Ms McGowan: We would like to get it for the people who are over 65 who are on a limited . . .

Mr. Halliday: Sure, I quite agree.

Ms McGowan: Yes. For myself, I am quite capable of working; even though I am going into my late 60s, I still am able to get out and work. This is not a disability, believe me!

Mr. Halliday: No, it is a disability.

Ms McGowan: It is not, because I can work . . .

Mr. Halliday: It is not a handicap.

Ms McGowan: —and nobody knows . . .

Mr. Halliday: It is not a handicap.

Ms McGowan: —I have it if I do not say I have it. You cannot tell them if you cannot smell them.

Mr. Halliday: So it is like being deaf.

Mr. A. Campbell: I should say too, Mr. Chairman, that in Quebec there is a provision whereby up to \$300 is provided for it. The patient can buy whatever he wants, up to \$300 worth.

The Vice-Chairman: Miss MacDonald has a brief supplementary.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You mention in your brief that there are 150,000 ostomates in Canada. Could you tell me, if you have any figures on the breakdown by age, how many of those would be over 65 and how many under, so that we could put a figure against the two recommendations you make?

Mr. A. Campbell: It would be a pure guess, I am afraid, but I should think in the order of about 60% are in the over-60 group anyway—but I am afraid I do not have anything to substantiate that.

The Vice-Chairman: Thank you, Miss MacDonald. Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you. I appreciate very much the information that you have provided in this brief. I think for many of us it is really good that we have this full story from you, and certainly I think all of us would support your request. This certainly should be something that has government funding.

• 2050

The thing I just wanted to quickly ask you relates to a different subject that is raised in the appendix where you have a brief that was presented earlier, I believe, on February 14, 1984, and you say:

[Traduction]

soit imposé au reste du Canada; cela vous donne une bonne idée des possibilités, pour vous, d'obtenir ce que vous réclamez.

Merci, monsieur le président.

Mme McGowan: Nous aimerions l'obtenir pour les gens de plus de 65 ans qui vivent avec un budget . . .

M. Halliday: Bien sûr, je suis d'accord.

Mme McGowan: Oui. Quant à moi, je suis bien capable de travailler; même si j'ai plus de 60 ans, je suis encore capable d'aller travailler. Je ne suis pas invalide, croyez-moi.

M. Halliday: Non, c'est un type d'invalidité.

Mme McGowan: Non, parce que je peux travailler . . .

M. Halliday: Ce n'est pas un handicap.

Mme McGowan: . . . et personne ne le saura . . .

M. Halliday: Ce n'est pas un handicap.

Mme McGowan: . . . que je suis malade à moins que je ne le dise. Nous ne sommes plus détectées à l'odeur.

M. Halliday: C'est donc un peu la même chose qu'être sourd.

M. A. Campbell: Il faut également dire, monsieur le président, qu'au Québec on donne une allocation de \$300. Le patient peut acheter ce qu'il désire, et il est remboursé jusqu'à \$300.

Le vice-président: M^{lle} MacDonald aimerait poser une courte question supplémentaire.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous dites dans votre mémoire qu'il existe environ 150,000 ostomates au Canada. Si vous avez une ventilation par âge, pourriez-vous me dire de ces 150,000 personnes, combien ont plus de 65 ans pour que nous puissions calculer le coût de vos deux recommandations?

M. A. Campbell: Je ne peux vous donner qu'une approximation, mais je croirais qu'environ 60 p. 100 ont plus de 60 ans; je n'ai cependant pas de chiffres à vous présenter.

Le vice-président: Merci, mademoiselle MacDonald. Madame Mitchell, vous avez la parole.

Mme Mitchell: Merci. Je vous remercie beaucoup des renseignements donnés dans votre mémoire. Bon nombre d'entre nous ont été intéressés d'entendre votre histoire; nous serons tous certainement favorables à votre demande. Le financement gouvernemental s'impose dans ce domaine.

J'aimerais vous poser une question sur un sujet différent; vous faites allusion à ce sujet dans l'annexe de de votre mémoire présenté, je crois, le 14 février 1984, où vous dites:

[Text]

Under normal conditions, today's ostomates, with the help of the enterostomal therapist—a registered nurse who has received special training in the pre-op and post-op care of the ostomate—and the certified visitor from an ostomy chapter, can adjust to their new way of life, learn to look after their ostomy and return to their normal place in society and their community.

I would like to go back to a question I raised with the previous group which has to do with covering nurses' services under the proposed Health Act. I wondered in this particular case if you could explain to me to what degree this particular therapist, who is a registered nurse with special training, has to operate under the direction or supervision of a doctor, or is it a service that she provides fairly independently and that could be covered perhaps under the medicare plan directly?

Ms McGowan: I think hospitals take care of that.

Mr. A. Campbell: Most of them are on the staff of a hospital or with the Victorian Order of Nurses, or something like that.

Mrs. Mitchell: So it is really under supervision, is it?

Mr. A. Campbell: Yes.

Mrs. Mitchell: Good. I think that is the only additional question I had, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell.

Dr. Hudecki:

Mr. Hudecki: I want to welcome the two witnesses from a very progressive and a far visionary city like Hamilton. I am glad to have you here.

The Vice-Chairman: Is this a political statement?

Ms McGowan: I am a native of Ottawa.

Mr. Hudecki: You are really putting a dark cloud around that, but welcome.

Could you perhaps enlighten us as to how many hospital visits you made to learn the whole process of using all the special equipment? How often would you have to go to a hospital to either revise the ostomy or to clear up the sort of ulceration around the abdominal wall before you had the ostomy appliance applied? This is a relatively new invention or a new application of an old technique where you use a special type of cement and there is special skin care. How many times have you experienced treating an ostomy before this equipment came into being?

Mr. A. Campbell: Actually we are not medical people; we do not do any treatment.

Mr. Hudecki: On yourselves; I mean you are both wearing one, you say.

Ms McGowan: Yes.

Mr. Hudecki: You must have had the operation since this came out.

Mr. A. Campbell: There has been a gradual evolution; it has been improving, and I should say that in the last five years it

[Translation]

De nos jours, dans les cas habituels, l'ostomate, grâce à l'aide d'un spécialiste en entérostomie, c'est-à-dire une infirmière spécialisée en soins préopératoires et postopératoires des ostomates et un visiteur autorisé du chapitre, peut s'adapter à son nouveau mode de vie, apprendre à se soigner et réintégrer sa place habituelle dans la société.

J'aimerais revenir à une question que j'ai posée au groupe précédant au sujet de la possibilité d'assurer les services infirmiers dans le projet de loi. Dans votre cas précis, pourriez-vous m'expliquer dans quelle mesure ce thérapeute, une infirmière autorisée spécialisée, doit travailler sous surveillance d'un médecin; s'agit-il plutôt d'un service qu'elle dispense indépendamment et qui pourrait être remboursé directement par le régime d'assurance-santé?

Mme McGowan: Les hôpitaux sont là pour cela.

M. A. Campbell: La majorité de ces thérapeutes sont employées par un hôpital ou par l'Ordre des infirmières de Victoria ou quelque chose du genre.

Mme Mitchell: Donc elles travaillent sous surveillance?

M. A. Campbell: Oui.

Mme Mitchell: Bien. C'est la seule question supplémentaire que j'avais, monsieur le président.

Le vice-président: Merci, madame Mitchell.

Monsieur Hudecki:

M. Hudecki: Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos deux témoins qui viennent d'une cité très progressiste, Hamilton. Je suis heureux de vous accueillir.

Le vice-président: Est-ce là une déclaration politique?

Mme McGowan: Je suis née à Ottawa.

M. Hudecki: Vous tenez vraiment à me rendre malheureux, mais bienvenue quand même.

Pourriez-vous peut-être nous dire combien de visites à l'hôpital vous avez dû faire pour prendre connaissance de tout ce matériel spécial? Combien de fois avez-vous dû vous rendre à l'hôpital pour faire corriger votre ostomie ou pour nettoyer l'ulcère qui se forme sur la cage abdominale avant que l'appareil ne soit posé? Il s'agit d'un nouvel appareil ou plutôt d'un perfectionnement d'un appareil ancien où il y a des soins dermatologiques particuliers. Combien de fois avez-vous dû aller faire soigner votre ostomie avant l'arrivée de cet appareil?

M. A. Campbell: En fait, nous ne sommes pas médecins, nous ne donnons aucun traitement.

M. Hudecki: Vous-mêmes, vous en portez chacun un.

Mme McGowan: En effet.

M. Hudecki: Vous avez dû vous faire opérer depuis l'invention de cet appareil.

M. A. Campbell: Cela s'est fait avec le temps; il y a eu amélioration, et il faut dire que dans les cinq dernières années, les améliorations se sont accélérées. En fait, le

[Texte]

has improved tremendously. The things are so good now that you very seldom have to go back to see a doctor at all.

Mr. Hudecki: Yes, but prior to this there used to be many hospital admissions. There would be days and days spent in a hospital because of the complications of an ostomy that did not have this. Although the terms of reference of this committee are to look into the problem of extra-billing and hospital user fees, not with the provision of appliances, indirectly you are bringing to attention that this is a hospital-saving procedure and that the costs are therefore considerably reduced.

I think also it brings out the team play that goes on. The surgery of bringing a loop of bowel to the abdomen or by taking away the rectum has been changed considerably and has made life that much easier for people doing that type of work, because where they used to use a variety of techniques which were not successful, the problem is now solved. So this again shows that you need the teamwork—you need the specialist and you need the attendant nurses and attendant technicians, and you need someone who is the leader and who plans the treatment. And so a doctor does not have to see you as often. But how often, once a year?

• 2055

Mr. A. Campbell: Even less than that.

Mr. Hudecki: So that team-work does exist.

I just congratulate you on your brief.

Mr. A. Campbell: Thank you, sir.

I should say that one of our medical advisers in the parent company in the United States has made the statement that one good look at a rehabilitated ostomate, someone who has been through the mill, is worth about 200 hours with a doctor who has not had that surgery. That is a bit of an exaggeration, I think, but it does indicate you do not need as much doctor's time as otherwise.

The Vice-Chairman: Mr. Campbell, one quick question. Do you have any estimate as to what the cost would be *vis-à-vis* your first recommendation, that all senior citizen ostomates in Canada receive full coverage—a rough guess?

Mr. A. Campbell: It would be a pure guess. I do not know. There are many people who have private insurance or private means. I would guess there would be maybe 50,000 who would take advantage of this. If we say \$300 a year for 50,000, that is \$15 million.

The Vice-Chairman: Whatever it is, I can figure it out.

Mr. A. Campbell: I say \$300 a year, which is probably an average cost, and there are probably 50,000 who would take advantage of it as senior citizens, so 50,000 times \$300 is I think \$15 million.

The Vice-Chairman: Are there any further questions?

Thank you very, very much for taking the time to appear before the committee. We appreciate it very much.

[Traduction]

traitement à l'heure actuelle est d'une telle qualité qu'il est rare que le patient doive retourner chez le médecin.

M. Hudecki: En effet, mais avant l'arrivée de cet appareil, vous deviez aller à l'hôpital souvent. Vous deviez endurer de nombreux jours d'hospitalisation à cause des complications de l'opération. Le Comité doit étudier le problème de la surfacturation et des frais modérateurs et non pas des appareils, mais de façon indirecte, vous attirez notre attention sur une solution qui évite l'hospitalisation, ce qui permet de réduire considérablement les coûts.

Cela montre également l'importance du travail d'équipe. Les méthodes chirurgicales ont changé considérablement, ce qui a simplifié d'autant la vie des médecins et thérapeutes; en effet, là où il y avait une série de techniques qui ne donnaient pas de résultats, il y a maintenant une solution. Encore une fois, cela démontre l'importance du travail d'équipe, du spécialiste, des infirmières et des techniciens, et cela montre l'importance de bien planifier le traitement. De cette façon, vous n'avez pas à aller chez le médecin aussi souvent. Combien de fois y allez-vous, une fois l'an?

M. A. Campbell: Et même moins souvent.

M. Hudecki: Donc il se fait un travail d'équipe.

Je tiens à vous féliciter pour votre mémoire.

M. A. Campbell: Merci, monsieur.

Un des conseillers médicaux de la société-mère américaine a déclaré qu'un ostomate réhabilité, celui qui a subi l'opération, économise environ 200 heures de consultations médicales par rapport à celui qui n'a pas été opéré. À mon sens, ce conseiller médical exagère un peu, mais il demeure qu'après l'opération il n'est pas nécessaire de consulter le médecin aussi souvent.

Le vice-président: Monsieur Campbell, j'aimerais vous poser une courte question. Avez-vous une idée de ce que pourrait coûter votre première recommandation voulant que toutes les personnes âgées ostomates au Canada soient pleinement assurées?

M. A. Campbell: Encore une fois, ce ne serait qu'une vague approximation. Je ne sais pas précisément. Beaucoup de personnes ont des assurances privées ou ont les moyens financiers. J'imagine qu'il y aurait peut-être 50,000 personnes qui profiteraient de cette mesure. Donc à 300\$ par année pour 50,000 personnes, cela coûterait environ 15 millions de dollars.

Le vice-président: Je peux faire les calculs.

M. A. Campbell: Je dis 300\$ par année, ce qui est probablement le coût moyen, et il y a probablement 50,000 personnes âgées qui profiteraient de cette mesure, donc 50,000 fois 300\$ représente 15 millions de dollars.

Le vice-président: D'autres questions?

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Nous vous remercions beaucoup.

[Text]

Ms McGowan: I just want to say one thing. It is not the end of things when you have an ostomy. I say it is living with a new end in view.

The Vice-Chairman: Thank you, Ms McGowan.

The Canadian Association of Emergency Physicians, Dr. Peter Lane, please.

Thank you for waiting. I understand you were to present your brief this afternoon. Now you have a chance to spend the night on the town in Ottawa.

Would you introduce your colleague, please, Dr. Lane.

Dr. Peter Lane (Canadian Association of Emergency Physicians): This is Dr. Jan Ahuja, who is one of our members from the Ottawa area.

The Vice-Chairman: Welcome.

Carry on.

Dr. Lane: Thank you.

Monsieur le président, honorables députés, mesdames et messieurs, en tout premier lieu, nous aimerions vous remercier de l'occasion que vous nous offrez de venir témoigner aujourd'hui.

L'Association canadienne des médecins d'urgence, créée en 1978, représente les médecins qui oeuvrent, au Canada, dans le secteur des services d'urgence-santé.

Je regrette que la traduction du mémoire ne soit pas encore prête. Toutefois, nous avons préparé une traduction préliminaire des sections les plus importantes. Nous vous ferons parvenir la traduction définitive, demain soir, nous l'espérons.

• 2100

L'idée centrale de notre exposé est la suivante: les services d'urgence doivent être considérés comme des services indispensables. Bien entendu, lorsqu'une personne souffre d'une blessure ou d'une maladie grave, il faut compter des frais modérateurs pour le service d'ambulance et le personnel paramédical ou les techniciens d'urgence-santé. Et en ce moment, ces frais existent dans beaucoup de provinces.

Le ministre parle souvent de l'érosion de du régime de santé; or, voilà un bon exemple de cette érosion.

If I could divert for a moment, Mr. Chairman, to just say that members of the committee may find it a little bit refreshing to have physicians sitting in front of you arguing for something other than their own incomes and talk to you a bit about what we feel is important in emergency health services and why we are concerned about the impact of the proposed Act on emergency health services.

In our brief we have attempted to outline for you what we feel to be the essential components of emergency health services. Times have changed in Canada since the involvement of the federal government in health insurance and the original legislation some almost 15 years ago now.

[Translation]

Mme McGowan: J'aimerais ajouter une chose. Votre vie ne s'arrête pas après une ostomie. Elle se modifie légèrement.

Le vice-président: Merci, madame McGowan.

J'invite maintenant l'Association canadienne des médecins d'urgence à venir s'asseoir à la table des témoins; docteur Peter Lane.

Merci d'avoir attendu. Vous deviez, je crois, présenter votre mémoire cet après-midi. Voilà maintenant que vous avez la chance de passer une nuit à Ottawa.

Docteur Lane, pourriez-vous présenter votre collègue, s'il vous plaît.

M. Peter Lane (Association canadienne des médecins d'urgence): Je vous présente le Dr Jan Ahuja, un de nos membres de la région d'Ottawa.

Le vice-président: Bienvenue au Comité.

Continuez.

Dr Lane: Merci.

Mr. Chairman, hon. Members, ladies and gentlemen, first of all we would like to thank you for giving us the opportunity to present our brief today.

The Canadian Association of Emergency Physicians has existed since 1978 to represent the interests of physicians who practise in emergency departments in Canada.

I apologize but the translation of our brief is not completed. However, we have prepared a rough translation of the most important parts of our brief. Hopefully, you will receive the final translation tomorrow evening.

The basic thrust of our brief is that emergency health care should be viewed as an essential service. Of course, when the person is seriously ill or wounded, there must be user fees for ambulance services and paramedics. At this point, user fees are applied in many provinces.

The Minister of Health often refers to the erosion of the health care system; this is a good example of erosion.

Si vous me permettez une courte digression, monsieur le président, les membres du Comité seront peut-être heureux de constater que des médecins sont venus les rencontrer pour défendre autre chose que leur revenu, pour défendre des aspects des services de santé d'urgence; nous vous expliquerons également les raisons pour lesquelles nous nous préoccupons des répercussions du projet de loi sur les services de santé d'urgence.

Dans notre mémoire, nous avons entrepris de décrire ce qui nous semble être les aspects essentiels des services d'urgence. Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts canadiens depuis la première participation, il y a 15 ans, du gouvernement fédéral à l'assurance-santé et la présentation du premier projet de loi.

[Texte]

Emergency health services comprise, as we have listed in our brief, some 15 components; but primarily the area that is important with respect to the Bill, and the reason we are here today, is the area of pre-hospital care. The Bill at the moment defines insured services as including hospital services, physician services, and eligible medical-dental services. Then in the regulations pursuant to the Bill there is the statement that ambulance services are specifically excluded from coverage. I suppose the genesis of that a decade and a half ago was that ambulance services in Canada could, by and large, be considered as primarily transportation services. Well, that has very much changed, and we are in the situation now in Canada, in many provinces, where a real component—a very important component... of health care is being delivered outside of hospitals and being delivered by non-physicians, by trained technicians, be they nurses in some instances or paramedics in many instances. That this is health care I do not think anyone can argue, but at the present time under existing legislation and under the proposed legislation this would not be covered by the proposed Act.

One of the other points we raise in our brief, and I would draw your attention to, is the concept of the cost-effectiveness of emergency health services. I think this is something to bear in mind when considering whether or not it is appropriate to involve the federal government in the area of emergency health services. If one looks at the effectiveness of an appropriate emergency health services system in dealing with either a cardiac arrest patient in an urban setting or a victim of multiple injuries from a car crash, it is not difficult to prove that an effectively run emergency health service system is cost-effective.

We can show in these two areas that EHS systems do save lives, and we can show that as a result of that, and as a result of the tax dollars generated by the lives that we save, the system is cost-effective, and in fact is revenue-generating. So from that fairly narrow accountant's point of view, I think you can see that we are keen on emergency health services as well.

• 2105

I would like to outline for you—and I have not covered this in the brief—some of the existing financial deterrents that exist across Canada right now for the critically ill and injured patient. At the moment a patient making the decision of whether or not to call an ambulance and to call the paramedics must in eight of the ten provinces face the deterrent of a fee for the ambulance service and the paramedic service that they are going to incur. In Ontario a patient must face what is called, somewhat euphemistically, a “co-payment fee” of \$21 for every ambulance ride. In Manitoba ambulance services are currently not insured services, and each operator—and there are a variety of independent operators in the Province of Manitoba—each operator sets its own fee. In Saskatchewan ambulance services are not insured services, and patients are charged a flat fee of \$40 per trip and 43¢ per kilometre. It is a big province, and that can amount to quite a fee.

In Alberta ambulance services are not insured services, and patients are faced with a flat fee of \$60 per trip plus \$1.15 per

[Traduction]

Les services de santé d'urgence comprennent comme nous le disons dans notre mémoire, quelque quinze aspects; le domaine le plus important par rapport au projet de loi, la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui, c'est les soins pré-hospitaliers. À l'heure actuelle, le projet de loi définit les services de santé assurés comme étant les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire admissibles. Dans les règlements découlant du projet de loi, les services ambulanciers sont spécifiquement exclus. Cela s'explique, j'imagine, par le fait qu'il y a quinze ans, les services ambulanciers au Canada étaient, grosso modo, considérés d'abord comme des moyens de transport. La situation a bien changé et maintenant, au Canada, dans de nombreuses provinces, des composantes très importantes des soins de santé sont offertes à l'extérieur des hôpitaux par des personnes qui ne sont pas médecins, des techniciens spécialisés, que ce soit des infirmières ou du personnel paramédical. Personne ne pourrait dire qu'il ne s'agit pas là de soins de santé, mais à l'heure actuelle, en vertu du projet de loi et du règlement qui en découlerait, ces soins ne seraient pas couverts.

Nous soulevons également dans notre mémoire la question de la rentabilité des services de santé d'urgence. Il ne faut pas perdre de vue cette question de la rentabilité dans l'étude de la pertinence pour le gouvernement fédéral de participer aux soins de santé d'urgence. Si l'on étudie la rentabilité d'un réseau de services de santé d'urgence approprié, que ce soit pour un patient souffrant d'infarctus dans une ville ou une victime de collision automobile, il est facile de démontrer qu'un réseau bien géré de services de santé d'urgence est rentable.

Nous sommes en mesure de démontrer que dans ces deux domaines, les services d'urgence permettent de sauver des vies, et qu'ainsi grâce aux impôts versés par cette personne qui continue de vivre, le réseau est rentable et en fait, produit des recettes. Donc, d'un très étroit point de vue comptable, on peut également être favorable aux services de santé d'urgence.

Je voudrais soulever un point dont nous ne parlons pas dans notre mémoire. Au Canada actuellement, il existe des empêchements financiers pour les gens qui sont gravement malades et les accidentés. Quand il s'agit pour un patient de décider d'appeler une ambulance ou des auxiliaires médicaux, dans huit des dix provinces, il doit songer aux frais que cela implique. En Ontario, un patient doit payer ce que l'on appelle par euphémisme un «copaiement» de 21\$ pour le service d'une ambulance. Au Manitoba, les services ambulanciers ne sont pas assurés et il y a toute une gamme d'ambulanciers indépendants qui offrent leurs services contre des honoraires. En Saskatchewan, les services ambulanciers ne sont pas assurés, et on demande un forfait de 40\$ plus 43c. du kilomètre. Le territoire de la province est vaste, cela peut donc mener très loin.

En Alberta, les services ambulanciers ne sont pas assurés, et le forfait est là-bas de 60\$ plus 1.15\$ le kilomètre. À l'île-du-

[Text]

kilometre. In Prince Edward Island it is \$35 per trip. In Newfoundland it is \$20 per trip under 50 miles and \$30 per trip over 50 miles. In Nova Scotia, again, it is \$30 under 160 kilometres, in this instance, and \$50 over 160 kilometres. In New Brunswick it is a \$50 flat fee plus 50¢ a mile. British Columbia considers ambulance services to be an insured service and covers all ambulance services for residents of that province. In the Province of Quebec the ambulance charges are paid by a variety of agencies in that province, so patients are not faced with the deterrents there.

As you can see, in eight of the ten provinces of Canada the critically ill or injured patient must face the prospect and must make the decision of whether or not they can afford to go to hospital, and whether or not they can afford a paramedic, at the very time that they are suffering critical illness and injury.

I might now draw your attention to our amendments, which are listed in your brief and comprise section 2 of the brief. They reflect simply the sort of arguments I have been making. We would like to define as an insured service emergency health services, and we have asked that emergency health services be defined to mean any of the following services provided to patients when necessary: namely, ambulance services, including the necessary equipment and supplies, communications, and transportation; basic and advanced pre-hospital care provided by ambulance attendants; the delegation of medical acts to pre-hospital workers by base hospital physicians; drugs when administered in the pre-hospital setting; emergency health care provided in the disaster setting, including the necessary equipment; and inter-hospital interprovincial repatriation ambulance services for emergency patients, when necessary.

As with other clauses of the Bill that define insured health services, we have introduced, of course, the caveat of "when necessary" to avoid the problems of abuse.

I guess the final aspect I would like to address in my opening remarks to you is an argument we have encountered when discussing our position with people, and that is why should the federal government get involved now. Well, I think the first argument is, as I alluded to earlier, emergency health services are now at a very crucial stage of development in Canada. We have advanced life-support services or paramedics in two provinces in Canada, British Columbia and Alberta. We are now moving in Ontario to the provision of advanced life support, with a pilot program now, with paramedics in both air ambulance and land-based services in part of the province. This is coming more and more across the country.

Again I would like to emphasize that if we move to advanced life-support services, and paramedics—and there are strong arguments to move in that direction because of the lives that can be saved—our impact will be very limited if patients do not activate the emergency health services system early.

[Translation]

Prince-Édouard, le service est de 35\$. À Terre-Neuve il est de 20\$ pour les distances de moins de 50 milles et de 30\$ pour les distances supérieures à 50 milles. En Nouvelle-Écosse, les frais sont de 30\$ pour les distances de moins de 160 kilomètres et de 50\$ au-delà. Au Nouveau-Brunswick, le forfait est de 50\$ plus 50c. le mille. La Colombie-Britannique classe les services d'ambulance parmi les services assurés, et elle en assume les coûts pour les résidents de la province. Au Québec, il y a toute une gamme d'organismes de la province qui assument les frais d'ambulance si bien que ce n'est pas un empêchement pour les patients.

On constate donc que dans huit des dix provinces canadiennes, les gens gravement malades ou les accidentés dans ces circonstances doivent se demander s'ils ont les moyens de se rendre à l'hôpital ou s'ils ont les moyens de faire appel à des auxiliaires médicaux. Cela, à un moment où ils sont gravement malades ou grièvement blessés.

Je voudrais que vous vous reportiez à nos amendements qui se trouvent dans la deuxième section de notre mémoire. Ils reprennent les arguments que je viens d'invoquer. Nous voudrions que soient définis comme services assurés et fournis aux patients en cas de besoin les services d'urgence suivants: services d'ambulance, y compris le matériel et les fournitures, les communications, le transport; les soins essentiels et ceux qui précèdent l'admission à l'hôpital fournis par les ambulanciers; les actes médicaux délégués aux auxiliaires médicaux par les médecins de l'hôpital; les médicaments administrés avant l'entrée à l'hôpital; les soins de santé d'urgence prodigués sur place, avec le matériel nécessaire; les services de transport pour le rapatriement dans une autre province d'un patient admis d'urgence dans un hôpital, au besoin.

A l'article du projet de loi qui définit les services de santé assurés, nous proposons qu'on ajoute au libellé la réserve «au besoin» pour éviter les abus.

En terminant mon exposé, j'aimerais vous faire part d'un argument qui est soulevé quand nous discutons de notre position. On nous demande pourquoi le gouvernement fédéral intervient actuellement. Tout d'abord, comme nous l'avons dit plus tôt, les services de santé d'urgence ont atteint un stade critique dans leur évolution au Canada. Il existe des services anticipés de survie ou des auxiliaires médicaux dans deux provinces, en Colombie-Britannique et en Alberta, alors qu'en Ontario, on envisage de les offrir, car un projet-pilote a été lancé, avec des auxiliaires médicaux à bord d'avions-ambulances et des services sur services se multiplient donc au pays.

Une fois de plus je tiens à signaler que si l'on multiplie les services anticipés de survie et ceux des auxiliaires médicaux—et on peut très bien montrer le bien-fondé d'une telle démarche parce qu'ainsi on peut sauver des vies—ils ne serviront pas à grand-chose si les patients n'y font pas appel dans les plus brefs délais.

[Texte]

• 2110

If they do not make the call early because of a financial deterrent, it does not matter how well trained the attendants are if they are getting there too late. In the area of emergency health services we are talking of a matter of seconds to minutes from the time a patient has a heart attack to the time the paramedics can get there effectively to have a chance at saving the patient.

The second point related to why the federal government should take this step now is that this of course is the first review since the introduction some 15 years ago of the federal role in insured services. We would hope that it will not be another 15 years before the federal government makes a move in the area of insured health services, but we do not want to take that chance. I think it is important that we have a look at it now and that this be considered an appropriate point for review.

Finally, we feel that the inclusion of emergency health services, and hence the elimination of the user fee for emergency health services, is entirely consistent with the intent of the legislation and the intent of the role of the federal government. If the federal government is concerned about the erosion of medicare and about the financial deterrent to patients, what can be a more important area to remove that deterrent from than the critically ill and injured patient?

With those opening remarks, perhaps I will pause now because I hope to be able to answer some questions from members of the committee.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Lane.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much, Mr. Chairman.

Dr. Lane, along with others here I welcome your presentation to us.

I wonder if I might first ask you something more about your association. It is a relatively new association, I understand.

Could you tell me something about its membership—even about its age group; I am very impressed with your ages.

Dr. Lane: Our association was formed in dark, steamy hotel rooms in the late 1970s at various conferences and meetings. We represent physicians who practise emergency medicine, primarily full time, in emergency departments across the country.

Emergency medicine has been recognized by the Royal College of Physicians and Surgeons as the newest specialty in Canada, and in the fall of 1983 we had our first specialty examinations in emergency medicine. We now have training programs in a number of universities across the country.

The group we represent are primarily physicians who have devoted their careers to practising on a full-time basis in

[Traduction]

Si les patients n'appellent pas vite, par crainte des répercussions financières, le personnel peut avoir la meilleure formation du monde, cela ne sert à rien s'ils arrivent trop tard. Dans le domaine des services d'urgence, les secondes et les minutes entre le moment où un patient a une crise cardiaque et le moment où les paramédicaux arrivent peuvent sauver la vie du patient.

Il y a une autre raison pour laquelle le gouvernement fédéral devrait prendre cette mesure maintenant, c'est le fait que les services assurés par le fédéral sont remis en question pour la première fois depuis 15 ans qu'ils existent. Nous espérons qu'il ne faudra pas attendre 15 ans encore avant que le gouvernement fédéral prenne de nouvelles mesures dans le domaine des services de santé assurés, mais nous ne voulons pas courir ce risque. Il est important de remettre tout ce secteur en question aujourd'hui, et dans le cadre de cette étude, c'est une question qu'il ne faut pas oublier.

Enfin, nous pensons que les services d'urgence et, par voie de conséquence, la suppression des frais modérateurs pour les services d'urgence, sont conformes aux objectifs de la législation et aux objectifs du gouvernement fédéral. Si le gouvernement fédéral s'inquiète de l'érosion de l'assurance-santé, s'inquiète des répercussions financières négatives sur les patients, s'il faut supprimer ce facteur de dissuasion quelque part, c'est bien dans les cas où les patients sont dans un état critique ou sont blessés.

Je vais m'en tenir là, et je suis maintenant prêt à répondre aux questions des membres du Comité.

Le vice-président: Merci, docteur Lane.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteur Lane, tout comme les autres, je suis très heureuse d'avoir entendu votre exposé.

J'aimerais commencer par une question sur votre association. C'est une association relativement nouvelle, je pense.

Pouvez-vous me parler de ses membres, me dire même à quel groupe d'âge ils appartiennent? Je suis assez impressionnée par vos âges respectifs.

Dr. Lane: Notre association a vu le jour dans des chambres d'hôtel mal éclairées et enfumées, à la fin des années 70, à l'occasion de diverses conférences et réunions. Nous représentons des médecins qui pratiquent la médecine d'urgence, la plupart à temps plein, dans les départements d'urgence des hôpitaux de tout le pays.

La médecine d'urgence est la dernière spécialité à avoir été reconnue par le Collège royal des médecins et des chirurgiens et, à l'automne 1983, nous avons eu une première session d'examens de médecine d'urgence. Nous avons maintenant des programmes de formation dans plusieurs universités.

Le groupe que nous représentons est constitué avant tout de médecins qui ont consacré leur carrière à la médecine

[Text]

emergency departments and in the prehospital care sector in Canada.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you.

Dr. Lane, on page 4 of your brief you state:

The Canadian Association of Emergency Physicians recognizes that the focus of the Canada Health Act is that of funding.

I wish that some of us, at least, could agree with you on that. We think the problem with this bill is that it does not focus on the very real problem of funding, that it deals with two narrow aspects. These one really needs to come to grips with... there is no question about that—but the question of funding of the health care system is something quite different from and much, much broader than that of extra-billing and user fees. A number of us are very concerned about the funding.

I am interested in the amendments you have asked us to consider. I raise this because we had a very eminent person before us in the presence of Mr. Justice Emmett Hall, and one of the things with which we dealt with him at some length, because of his background and because of his participation in the development of the health care system in Canada, was what could be done under the aegis of the piece of legislation before us, whether it would be possible to extend insured services to things not presently included.

• 2115

Those services being implemented by provincial governments he felt would have to have the approval and participation of the provincial governments. Constitutionally, it would not be possible for the federal government unilaterally to move in these areas. So we recognize there is another problem there that has to be dealt with; it is going to have to take a fair amount of co-operation and consultation beforehand, I think, before some of these things can be put into practice. That is not to say they should not be done; but there is another dimension that has to be addressed: the constitutional responsibility.

Having said that, I want to ask you to elaborate on what you are doing in this field, particularly as it relates to trauma victims. I know certain studies and pilot projects are going on in my own City of Kingston at the present time in this field, and I have been convinced in talking to people there of how necessary it is to tackle this whole area, which heretofore has been largely ignored. I wonder if you could perhaps elaborate and give us a bit more anecdotal material on this, so we could see the magnitude of the proposals you are putting before us, or the area that you are bringing up.

Dr. Lane: I certainly can. First of all I may answer a couple of the points you brought up in your preamble, and then I will discuss the aspect of trauma.

Our intention in mentioning that we felt the focus of the Bill was on funding was not meant to state that we felt that the Bill was the be-all and the end-all in funding, but rather a polite way of saying we accepted that the Bill was not going to

[Translation]

d'urgence dans les départements d'urgence et dans les services de soins pré-hospitaliers, dans tout le pays.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci.

Docteur Lane, à la page 5 de votre mémoire, vous dites:

L'Association canadienne des médecins d'urgence reconnaît que le centre d'intérêt de la Loi canadienne sur la santé est le financement.

J'aimerais bien que certains d'entre nous, au moins, en conviennent. Nous pensons que le problème posé par ce bill, c'est qu'il ne s'attache pas suffisamment au problème très grave du financement, qu'il se contente de tourner autour de deux aspects très restreints. Ces aspects sont importants, cela ne fait pas de doute, mais la question du financement du système de santé va bien au delà des problèmes de surfacturation et de frais modérateurs. Un certain nombre d'entre nous s'inquiètent vivement du financement.

Les amendements que vous nous avez soumis m'intéressent beaucoup; si j'en parle, c'est que nous avons reçu, il y a quelques jours, un personnage très éminent, le juge Emmett Hall; à cause du rôle qu'il a joué par le passé, à cause du rôle qu'il a joué dans la création du système de santé au Canada, nous avons discuté avec lui de ce qui pouvait être fait dans le cadre de ce projet de loi que nous étudions aujourd'hui; nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'étendre les services assurés à d'autres domaines qui ne sont pas actuellement assurés.

Ces services étant administrés par les gouvernements provinciaux, il pense que la participation et l'approbation des gouvernements provinciaux sont indispensables. Constitutionnellement, il ne serait pas possible pour le gouvernement fédéral d'agir unilatéralement. Nous pensons donc qu'il y a un autre problème et que pour le régler, il va falloir beaucoup de coopération et de consultation, avant de pouvoir faire quelque chose dans la pratique. Cela ne veut pas dire que ces choses ne doivent pas être faites, mais il faut tenir compte d'une autre dimension: la responsabilité constitutionnelle.

Cela dit, j'aimerais que vous m'expliquiez ce que vous faites dans ce domaine, en particulier pour les victimes de traumatisme. Je connais certaines études et des projets pilotes qui sont en cours dans ma ville de Kingston et, d'après ce qu'on m'en a dit, je suis convaincue qu'il est nécessaire de s'occuper de tout ce domaine, qui, jusqu'à présent, a été souvent ignoré. Pouvez-vous nous donner des précisions, peut-être nous citer des anecdotes sur cette question, pour que nous ayons une idée de la portée des propositions que vous nous soumettez?

Dr. Lane: Certainement. Pour commencer, je veux relever une ou deux choses que vous avez dites dans votre préambule, puis je passerai à la question du traumatisme.

Lorsque nous avons dit que le centre d'intérêt de la loi, c'était le financement, nous n'avons pas voulu dire que, pour nous, le bill était une panacée en matière de financement. Au contraire, nous nous résignons: le bill ne s'attaque pas à ces

[Texte]

address the larger issues of the federal government's role in health care and what sort of initiatives the government ought to be taking in health care. Perhaps I will not get into those arguments right now; but we recognize that the scope of the Bill is somewhat limited.

About the constitutional argument, I think that is an important one, and I understand what you are saying. I do feel there are a few things I can say that might be of some relevance. The first is I do not think very many provinces would disagree that there is a need to cover emergency health services. In fact, I think to some extent they would welcome a shared federal role in funding these emergency health services, because the public is in many ways crying loud and clear for emergency health services. I think the Ontario government would say that quite clearly, and may well say that in their presentation to you.

Secondly, while I agree that in general what Mr. Justice Emmett Hall may have been saying to you is that we must be careful when treading new ground in terms of covering previously uncovered areas of health services, I think emergency health services are somewhat different, because they previously were not covered because that component of health care was not delivered; i.e. health care was not being delivered in the pre-hospital sector to patients in Canada. They were simply being transported to hospital, whereas now, within primarily the past five years, and really within the past few years, we are starting to deliver an increasingly large component of health care in the pre-hospital sector; and that at the moment is uncovered by anybody. So whether that was previously provincial territory, I do not know. But I think that is of some relevance.

On the issue of trauma, I might say parenthetically first that I am well aware of the arguments in your constituency of Kingston, having trained there myself and spent most of my medical school there as well.

• 2120

Currently my position is with the regional trauma unit at Sunnybrook Medical Centre, so I am quite cognizant of the problems of trauma. In the area of trauma, I think it is worthwhile recognizing what an enormous problem this is in our society. Trauma is the third leading killer in North American society, and the leading killer of people under the age of 40. It is also the leading cause of significant disability in North American society, and consumes in the range of a quarter to a fifth of our acute hospital bed-days. It is also, without a doubt, the leading cause of preventable death in North American society. And we have shown, both in Canada and in the United States, that with an effectively operating system of emergency health service care in the pre-hospital sector and trauma units, we could save lives—plain and simple. We can measure the impact of what we do.

[Traduction]

questions plus vastes que sont le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et les initiatives que le gouvernement devrait prendre dans ce domaine. Je ferais peut-être mieux de ne pas m'attarder sur ce sujet pour l'instant, mais nous savons que la portée du bill est quelque peu limitée.

Quant à l'aspect constitutionnel, je pense que c'est important, et je comprends ce que vous voulez dire. À ce sujet, il y a peut-être une ou deux observations utiles que je peux faire. Pour commencer, il n'y a pas tellement de provinces qui contesteraient le besoin d'assurer les services de santé d'urgence. En fait, dans une certaine mesure, elles accueilleraient probablement favorablement un partage du financement de ces services avec le gouvernement fédéral, parce que le public réclame des services d'urgence à cor et à cri. Je pense que le gouvernement de l'Ontario serait prêt à prendre cette position très clairement, et c'est peut-être même ce qu'ils feront lorsque vous les recevrez.

Deuxièmement, en règle générale, je suis d'accord avec ce que le juge Emmett Hall a pu vous dire, c'est-à-dire que nous devons faire très attention à ce que nous faisons avant d'assurer des services de santé qui n'étaient pas assurés jusqu'à présent. Toutefois, les services d'urgence sont dans une catégorie à part, parce que si ces services n'ont pas été assurés jusqu'à présent, c'est qu'ils n'existaient pas. Autrement dit, les patients, au Canada, n'avaient pas à leur disposition des services d'un secteur pré-hospitalier. On se contentait de les transporter à l'hôpital, alors qu'aujourd'hui, surtout depuis cinq ans, et en fait depuis quelques années, nous commençons à délivrer une bien plus grande proportion des services de santé dans le secteur pré-hospitalier. Pour l'instant, ces services ne sont assurés par personne. Ainsi, je ne saurais dire si, jusqu'à présent, cela relevait du provincial. Mais cela me semble tout de même significatif.

À propos des traumatismes, je vais commencer par une parenthèse: je suis parfaitement au courant de la situation dans votre circonscription de Kingston, puisque c'est là que j'ai fait la majeure partie de mon cours de médecine.

À l'heure actuelle, je travaille pour l'unité régionale de traumatisme du centre médical Sunnybrook; je connais donc très bien les problèmes posés par le traumatisme. Dans ce domaine, il faut reconnaître l'énormité du problème que cela pose pour notre société. Le traumatisme est le troisième facteur de mortalité en Amérique du Nord; c'est la principale cause de décès pour les gens de moins de 40 ans. C'est également la principale cause d'invalidité grave dans la société nord-américaine, et cela occupe de un quart à un cinquième des journées-lits d'hôpitaux dans les départements de soins actifs. C'est également, sans le moindre doute, la principale cause de mortalité évitable dans la société nord-américaine. Or, nous avons prouvé, à la fois au Canada et aux États-Unis, qu'un système d'urgence efficace dans le secteur pré-hospitalier, associé à des unités de traumatisme, pouvait sauver des vies—c'est aussi simple que cela. Nous pouvons mesurer les effets de ce que nous faisons.

[Text]

There are only three other areas of western medicine that we can show that in: the introduction of antibiotics has had a measurable impact on mortality; improvements in paranatal care have had a measurable impact on mortality; the sorts of things we are talking about with emergency health services in terms of cardiac care have had a measurable impact on mortality, and trauma system care has as well. There is really nothing else we do in medicine that we can show saves lives. We can show it improves the quality of outcome, but we cannot show it saves lives.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Just one quick . . .

The Vice-Chairman: Just one quick one, because the time is short.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, it will be very quick.

I just want you to perhaps even go on in this a bit further. I have a feeling that the whole field of communications—you mentioned the Department of Communications making certain contributions, but I see it particularly in emergency care, emergency treatment, and trauma. I think there must be all sorts of new methods of communication in that emergency period that can be utilized. Can you tell me if this is so? I keep thinking there may be ways that you can plug into systems, even from the home, or in the ambulance, or whatever, and get the necessary medical information to keep someone alive while . . .

Dr. Lane: You asked for anecdotes earlier, and I will give you an anecdote. In Ontario we have just recently moved into the area of a pilot training program to train paramedics. We cannot, in the Province of Ontario, get the sufficient communications channels, the radio frequencies, to operate the communications system that we feel is necessary. It is not a complicated system; all we need are the appropriate UHF channels in the right wave band. I will not get too technical, but all we need is to be able to talk to the paramedics at the same time they are talking to us, or at the same time they are sending us a cardiogram strip. We just cannot get the frequencies. So we are going to have to operate a paramedic program where we cannot talk as effectively as we think we should to the paramedics.

Yes, communications is a very important part of emergency health services, and a very important part of disaster planning, which is part of the whole system. There very much is a role for the federal government in the provision of adequate communication systems and channels in that field. We have not had much luck so far.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much.

Mrs. Mitchell: I could not help but think of a number of examples from the coast of B.C. as you were talking about

[Translation]

Il y a seulement trois autres domaines de la médecine occidentale où les effets soient aussi mesurables: l'introduction des antibiotiques, qui a eu des effets mesurables sur la mortalité; les améliorations apportées aux soins para-natals, qui ont un effet mesurable sur la mortalité; enfin, les services de santé d'urgence, et surtout les soins cardiaques, qui ont un effet mesurable sur la mortalité, sans parler du système de traitement des traumatismes. En fait, il n'y a pas d'autres secteurs de la médecine où il soit possible de prouver qu'on sauve des vies. Nous pouvons prouver que cela améliore les chances de succès, mais nous ne pouvons pas prouver que cela sauve des vies.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Très rapidement . . .

Le vice-président: Très rapidement, parce que nous manquons de temps.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, je serai très brève.

J'aimerais que vous développiez un peu cet aspect-là; j'ai le sentiment que tout le secteur des communications—you avez parlé des contributions apportées par le Département des communications, mais pour moi, c'est surtout important pour les soins d'urgence, les traitements d'urgence et les traumatismes. Il doit y avoir toutes sortes de méthodes de communication qui peuvent être utilisées pendant cette période d'urgence. Est-ce que je me trompe? Je ne peux m'empêcher de penser qu'il devrait y avoir moyen d'accéder à des systèmes, même à domicile, ou dans l'ambulance, par exemple, pour obtenir les informations médicales nécessaires pour soigner un patient . . .

Dr. Lane: Tout à l'heure, vous nous avez demandé une anecdote, et je vais vous la donner maintenant. En Ontario, nous venons de mettre en place un programme de formation des paramédicaux; c'est un projet pilote. En Ontario, nous ne réussissons pas à obtenir suffisamment de canaux de communication, de fréquences radio, pour faire fonctionner le système comme il le devrait. Ce n'est pas un système compliqué; tout ce dont nous avons besoin, ce sont des canaux UHF avec la longueur d'onde appropriée. Je ne veux pas entrer dans les détails techniques, mais nous avons besoin de parler aux paramédicaux en même temps qu'ils nous parlent, ou en même temps qu'ils nous envoient le tracé d'un cardiogramme. Nous n'arrivons pas à obtenir les fréquences. Nous allons donc être forcés de mettre sur pied un programme de paramédicaux, sans pouvoir parler aussi efficacement que nous le voudrions avec les paramédicaux.

Effectivement, les communications sont un élément très important des services d'urgence, un élément très important de la planification en cas de désastre, qui fait partie de l'ensemble du système. Le gouvernement fédéral a un rôle certain à jouer dans l'organisation des systèmes de communication et des canaux dont nous avons besoin. Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu beaucoup de chance.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup.

Mme Mitchell: Je ne peux pas m'empêcher de penser à certains incidents qui se sont produits sur la côte de la

[Texte]

some of these emergency services, particularly in some of the Gulf Islands, where there are no physicians on the island and where the link to emergency health services is really through a water taxi with a first-aid attendant on hand. Some of the people who have first-aid experience or are retired nurses provide a lot of independent care—and good care, I think, in many cases, on these isolated islands. I certainly agree how important it is to include ambulance services and emergency services under the medicare plan.

I wanted to go back to one point you raised, particularly, though. You made quick reference, but I wondered if you would elaborate on it, to non-physicians delivering service, particularly nurses and paramedics.

• 2125

I wondered if you would elaborate on what you would see as the value of these other health care practitioners . . . value and role—and also the kinds of functions they might have that are independent functions and the functions which really require the supervision of physicians.

Dr. Lane: Really very little, if any, of the sort of pre-hospital care that we are talking about is performed by physicians. It is performed by emergency medical technicians or by paramedics or by specifically trained nurses who meet the sort of requirements of—all of them have to meet the requirements of pre-hospital care programs. So what we are asking to be covered is not physician services; it is paramedical worker services.

Their role is I guess twofold. It is independent in the sense that specifically trained paramedical workers are experts in the field assessment and initial stabilization of critically ill and injured patients. Where they are dependent on physician input is when what we call delegated medical acts are involved, such as diagnosis and treatment of disturbances of heart rhythms or placing a tube in a patient's airway, if that is necessary. Again, programs vary, and some programs, for instance in British Columbia at the moment—even flying into the little isolated islands you are talking about now they have paramedics aboard air ambulances, and those paramedics by protocol may assess a patient and perform a number of medical acts before they contact a physician, or before they contact base; whereas in the program we are setting up in Ontario, at least for the early part of it, once they have done the initial field assessment and stabilization, they will radio the base and get orders as how to proceed. Some of the acts they do, though, certainly are independent in a sense.

Mrs. Mitchell: I wonder, then, what your position would be on the recommendations of the Canadian Nurses Association, where they feel the Bill does not allow for appropriate use of all health care professionals, and in particular they recommend that there be some changing in terminology under the Bill to

[Traduction]

Colombie-Britannique quand je vous entends parler de ces services d'urgence, et je pense en particulier aux îles du golfe où il n'y a pas de médecins et où les seuls services d'urgence passent en fait par un bateau-taxi, avec un infirmier de premiers soins en disponibilité. Les gens qui ont une expérience des premiers soins, ou encore des infirmières à la retraite, donnent des soins privés, d'excellents soins, la plupart du temps, dans ces îles isolées. Je suis entièrement d'accord avec vous quand vous dites à quel point il est important d'assurer les services ambulanciers et les services d'urgence en même temps que les services de santé.

Je veux revenir à une observation que vous avez faite; vous avez parlé très vite des services rendus par des non-médecins, en particulier les infirmières et les paramédicaux; j'aimerais que vous développiez.

A votre avis, quelle est l'utilité de ces autres spécialistes de la santé, quel rôle peuvent-ils jouer utilement, et également, quelles fonctions indépendantes pourrait-on leur confier et quelles sont les fonctions qui exigent absolument la surveillance d'un médecin?

Dr. Lane: En fait, les soins pré-hospitaliers dont nous parlons ne sont pratiquement jamais donnés par des médecins. Ils sont donnés par des techniciens médicaux d'urgence, par des paramédicaux ou par des infirmières spécialement formées qui, dans tous les cas, ont suivi des cours de soins pré-hospitaliers. Ainsi, les services que nous voulons assurer ne sont pas délivrés par des médecins. Ce sont les services délivrés par les travailleurs paramédicaux.

Leur rôle est double; d'une part, ils sont indépendants parce que les travailleurs paramédicaux spécialement entraînés sont experts en évaluation sur place, et également en stabilisation des patients dans un état critique et des patients qui sont blessés. Par contre, ils dépendent des médecins dans le cas de ce que nous appelons des actes médicaux délégués. Par exemple, le diagnostic et le traitement des désordres du rythme cardiaque, ou l'installation d'un tube dans la trachée d'un patient, si cela est nécessaire. Je le répète, il y a différents programmes et, dans certains cas, par exemple un programme qui est en cours en Colombie-Britannique à l'heure actuelle, il y a des avions-ambulances avec des paramédicaux à bord qui desservent les petites îles isolées. Aux termes de leur protocole, ces paramédicaux peuvent évaluer l'état du patient et accomplir un certain nombre d'actes médicaux avant de contacter un médecin, ou avant de contacter leur base. Par contre, dans le programme que nous sommes en train de mettre sur pied en Ontario, du moins en un premier temps, une fois l'évaluation de départ à effectuer et la stabilisation acquises, ils doivent communiquer par radio avec la base pour obtenir des instructions. Mais certains actes, certainement, sont effectués de façon indépendante.

Mme Mitchell: Dans ce cas, que pensez-vous des recommandations de l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers, qui pense que le bill ne permet pas d'utiliser efficacement les compétences des professionnels de la santé, et qui recommande de changer la terminologie du bill, pour

[Text]

cover nurses in particular, but also other health care practitioners, I think is the term. They suggest the Bill could be changed to add nursing services as insured services or it could delete the reference to medical practitioners and refer to health care practitioners.

I wondered whether you would agree with that or what kind of amendments you would have that could be made to the Bill that would broaden this so paramedics and nurses could be covered.

Dr. Lane: I guess my comments would be twofold. First, I would certainly support anything the Canadian Nurses Association wanted to say if it included—including emergency health services. But specifically I would say that to an extent, I do not think this legislation is the place to solve the problem about whether nurses ought to be practising independently or not. I think that quite rightly ought to be done at the provincial level, between the various colleges where the practice of medicine and the health disciplines are sorted out. I do not think a federal document that is concerned with the principles of medicare and the funding of medicare ought to be where that argument is settled.

Having said that, though, I think what we are trying to say to the committee is that the services of paramedics and emergency health technicians ought to be considered insured services, whether they are paid directly or whether they are paid through a program that has physician involvement. It is a complex issue as to whether they are practising dependently or independently, whether the physician is involved through protocols or through direct orders. I do not think you can clarify that sort of thing in this type of legislation.

Mrs. Mitchell: Thank you.

The Vice-Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I am pleased to see representatives of the emergency services. They have certainly changed the pattern of life for people who do the secondary care of trauma and so on. Those are the voices we hear about 2.00 o'clock in the morning that there are three or four people in the emergency room and x fractures. But the difference is that when you get there the blood pressure is improving; the fractures are properly splinted and breathing is established. So it has put on a whole new face to the treatment of emergencies of various kinds, and I think the Canadian public and the medical profession are very grateful that we have that kind of category of practitioners. But then, when their work finishes, ours just starts and goes on and on and on.

• 2130

One of the points we are raising is that we want 100% accessibility to health care in Canada. Do you feel it is feasible to have accessibility to proper medical care in Canada, taking into consideration its vastness and distribution of medical services throughout the country? We always talk about universal accessibility of health care.

[Translation]

inclure les infirmières, en particulier, et également d'autres praticiens de la santé, je crois que c'est le terme? L'association suggère que le bill assure les services d'infirmiers, ou encore, remplace l'expression praticiens médicaux par l'expression praticiens des soins de santé.

Êtes-vous d'accord avec cette position et, sinon, quel genre d'amendements proposeriez-vous pour élargir le bill et inclure les paramédicaux et les infirmières?

Dr. Lane: Je vais vous répondre en deux temps; premièrement, je suis certainement d'accord avec n'importe quelle position de l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers, à condition que cela comprenne les services de santé d'urgence. Mais plus spécifiquement, dans une certaine mesure, je ne pense pas que la question de savoir si les infirmières doivent pouvoir pratiquer d'une façon indépendante puisse être résolue dans ce bill. À mon sens, c'est une affaire qui relève des provinces, des différents collèges où l'on fait le tri des pratiques médicales et des disciplines de la santé. Je vois mal comment un document fédéral sur les principes de l'assurance-santé et sur le financement de l'assurance-santé pourrait servir à régler ce problème-là.

Cela dit, nous sommes venus dire au Comité que les services des paramédicaux et des techniciens des services d'urgence devraient être assurés, qu'ils soient payés directement ou qu'ils soient payés par un programme qui met en cause les médecins. C'est un problème complexe, celui de la pratique indépendante ou dépendante, celui de l'intervention des médecins, aux termes de protocoles ou d'instructions données directement. Je ne pense pas que vous puissiez régler ce genre de problème dans une législation comme celle-ci.

Mme Mitchell: Merci.

Le vice-président: Merci, madame Mitchell.

Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: C'est un plaisir de recevoir des représentants des services d'urgence. Ils ont certainement changé la vie des gens qui s'occupent des soins secondaires, des traumatismes, etc. Ce sont les voix que nous entendons vers 2 heures du matin quand il y a trois ou quatre personnes dans la salle d'urgence et qu'arrive une fracture multiple. Cependant, lorsque vous arrivez, la pression sanguine s'est améliorée, on a mis une attelle sur la fracture et le malade respire. Cela a donc tout à fait modifié le traitement des divers cas d'urgence, et je crois que le public canadien et la profession médicale sont très reconnaissants du fait qu'il existe une telle catégorie de travailleurs de la santé. Lorsque leur travail est terminé, le nôtre démarre et se poursuit.

L'une des choses que nous avons fait valoir, c'est notre désir que tout le monde ait à 100 p. 100 accès aux services de santé au Canada. Or, estimez-vous qu'il soit possible d'avoir une telle accessibilité aux services de santé, étant donné l'étendue du Canada et la répartition des services médicaux dans diverses régions? Enfin, nous parlons toujours d'un accès universel aux services de santé.

[Texte]

Dr. Lane: Obviously, what I am about to say is more a personal position than a position of our association, but I do not think that anyone in the health field would argue that every Canadian in every community ought to be able to expect the same level of service in the same period of time.

Even when we are talking about the sort of paramedic service that I have been raising with you and emergency health services systems, there is no doubt that we will not be able to provide the same level of pre-hospital care in remote communities as we can in urban communities. There is simply not the volume of patient care delivered in those communities to justify the expense. It is just the same as not being able to afford orthopedic surgeons in many of those smaller communities in Canada.

However, we need to recognize that reality and we need to plan a system. And that is what we are talking about, an emergency health services system. We need to plan a system that will recognize those discrepancies and those special problems in urban communities versus remote communities. That system must provide that critically ill and injured patients in remote areas and small communities will be able to safely get health care. Now, that may mean that they are getting to health care by helicopter or by an effective land-based ambulance system with trained technicians aboard. We need to plan a system that recognizes those discrepancies and the realities of health care in Canada.

Mr. Hudecki: I think that is right. That is the goal, but whether or not it would be possible to achieve it to that degree is another question. That is going to leave people in the medical profession liable, that if you do not get that type of care in such-and-such a centre, then you are not really carrying out your duty properly. I think that is a difficulty we are going to have to face as time goes on.

You are suggesting that we have paramedics fairly widely distributed in Canada, as far as British Columbia and Alberta is concerned, and in Ontario. I know you are well aware of the pilot study in Ontario which involves McMaster University and the University of Toronto—it is in its infancy. In order to really make it work, they include also a widespread education in the CPR technique, which is cardio-pulmonary resuscitation. Do you consider that as part of emergency care?

Dr. Lane: Yes. We list in our brief the 15 essential components of emergency health services systems, and certainly citizen CPR, or cardio-pulmonary resuscitation is a very important one.

When a patient suffers cardiac arrest in the community, there is up to four to five minutes grace time. If cardio-pulmonary resuscitation is not started in that time, the patient will suffer irreversible brain damage. From there, if advance life support—i.e., either paramedics or a hospital—are not

[Traduction]

Dr. Lane: Mes propos reflètent bien entendu davantage mes idées à moi que la position de notre association, mais je crois qu'il n'y a aucun spécialiste de la santé qui s'opposerait à ce que chaque Canadien, quel que soit l'endroit où il habite, puisse s'attendre à recevoir le même niveau de service que les autres, et ce, dans des délais identiques.

Même pour ce qui est des services paramédicaux et des soins d'urgence, il ne fait pas de doute que nous ne serons pas en mesure de fournir le même niveau de soins avant hospitalisation dans les collectivités éloignées que dans les centres urbains. Il n'y a tout simplement pas assez de malades et, partant, de services administrés, dans ces endroits, pour justifier une telle dépense. Ces petites collectivités sont d'ailleurs dans la même situation défavorisée pour ce qui est du nombre de chirurgiens orthopédistes qu'elles peuvent faire vivre.

Toutefois, nous devons reconnaître l'existence du problème et planifier quelque chose pour le résoudre. C'est justement pour cela que nous parlons d'un système de services de santé d'urgence. Il nous faut élaborer un tel système, qui tiendra compte de ces écarts et des problèmes spéciaux que connaissent les centres urbains et les collectivités éloignées. Un tel système doit faire en sorte que les personnes gravement malades et les blessés des régions éloignées et des petites collectivités puissent recevoir des services de santé appropriés en toute sécurité. Cela peut vouloir dire qu'on les transportera jusqu'aux installations de santé, soit en hélicoptère, soit dans une ambulance ayant à son bord des techniciens spécialisés. Nous devons en effet mettre au point un système tenant compte des écarts dans l'administration des services de santé, ainsi que des réalités canadiennes en matière de santé.

M. Hudecki: Cela me paraît exact. C'est bel et bien l'objectif à atteindre, mais il faut se demander s'il sera possible de l'atteindre tout à fait. Par ailleurs, si un malade ne reçoit pas des soins appropriés dans un centre donné, les professionnels de la santé se feront peut-être accuser de ne pas s'être convenablement acquittés de leurs responsabilités. Je crois qu'il faudra faire face à ces difficultés.

Vous proposez que les spécialistes paramédicaux soient largement répandus au Canada, enfin, tout au moins en Colombie-Britannique et en Alberta, ainsi qu'en Ontario. Vous n'ignorez sans doute pas que l'université McMaster et l'Université de Toronto, toutes deux de l'Ontario, ont entrepris un projet pilote relatif à cette question, et qui vient d'être lancé. Pour qu'il soit vraiment efficace, le programme englobe également l'enseignement de la technique de réanimation cardio-pulmonaire. J'aimerais justement savoir si cela vous paraît faire partie des soins d'urgence.

Dr. Lane: Oui. Notre liste fournit d'ailleurs les 15 composantes essentielles des soins d'urgence, dont la réanimation cardio-pulmonaire fait certainement partie.

Dans un cas d'arrêt cardiaque, on ne dispose que de quatre à cinq minutes pour agir, car si on n'effectue pas la réanimation cardio-pulmonaire dans ces limites très strictes de temps, le malade subira des lésions irréversibles au cerveau. S'il n'y a pas de professionnels paramédicaux d'arrivés en dedans de

[Text]

available within another five minutes, then the chances of resuscitating them and regaining a cardiac rhythm approach nil. But if we can provide trained cardio-pulmonary resuscitation within those four to five minutes... —through citizen CPR training and through the involvement of police and fire fighters in providing that training... —and then further if we can move, certainly in urban communities, to providing paramedics, we can make a very measureable impact. In some communities in the United States they have shown that up to 43% of cardiac arrests from ventricular fibrillation can be saved and discharged from hospital, whereas all of those patients are dying in Canada right now.

• 2135

Mr. Hudecki: That should be as a preliminary before the system that you are suggesting or recommending, and which you have proven works, can be used.

Dr. Lane: I do not think it should be sequential; I think it should go in parallel.

Mr. Hudecki: The other aspect of the pilot study is to use helicopters. Roughly what is the cost? Do you have any idea of the cost of using a helicopter? With congested roadways, even with the best ambulance system, it is still not going to be possible to reach the victims, especially in road accidents, in time. Have you any thoughts on that and comments that you would like to make?

Dr. Lane: Costing helicopter ambulance services is difficult. In many ways it makes an awful lot more sense in Canada than it does in the United States because of the distance of transfers. Cost studies that have been done in the United States have shown that for transfer times of more than 25 minutes, it is more cost-effective to use a helicopter than it is to use a land-based ambulance. That fits roughly with our experience in southern Ontario, with the air ambulance program operating out of Sunnybrook Hospital. Within about a 25- to 30-mile radius of Metro Toronto, it does not make a lot of sense to send the air ambulance unless traffic or weather conditions preclude land ambulance travel. But over that distance, when you look at the cost of removing likely the only ambulance that is on at night in a small community and sending them for an hour or more on the road, it is more cost-effective to use an air ambulance. I think those are the sorts of considerations that should bear on our thoughts about air ambulance services.

Mr. Hudecki: But the pilot study going on in Ontario I think is very advanced; many eyes will be focused on it, and it will be assessed and evaluated. I just do not know—how does that compare to the paramedic program in Alberta and British Columbia at the present time? Are they as advanced? Do they give as comprehensive a service as is being planned in Ontario?

[Translation]

cinq minutes de plus, alors les possibilités de ranimer le malade et de lui faire retrouver son rythme cardiaque sont presque nulles. Cependant, si nous pouvons administrer la réanimation cardiopulmonaire en-dedans de ces quatre ou cinq minutes, grâce à la formation que les services de police et de pompiers auront donnés aux citoyens, et si dans les centres urbains nous pouvons disposer de spécialistes paramédicaux, nous pourrions obtenir des résultats très sensibles. Dans certains endroits aux États-Unis, on a observé que jusqu'à 43 p. 100 de malades ayant subi un arrêt cardiaque causé par fibrillations ventriculaires avaient pu être sauvés et avaient reçu leur congé de l'hôpital alors qu'au Canada, tous ces malades meurent en ce moment.

M. Hudecki: Cela devrait précéder la mise en oeuvre du système dont vous recommandez l'adoption, et qui a fait ses preuves.

Dr. Lane: Je ne crois pas qu'il faut faire les choses en succession mais bien en même temps.

M. Hudecki: Un autre aspect du projet pilote porte sur l'utilisation d'hélicoptères. J'aimerais savoir combien cela coûterait à peu près. Qu'en coûte-t-il d'utiliser un hélicoptère? Étant donné que les routes sont congestionnées par la circulation, même si nous nous dotons du meilleur service d'ambulances possible, les véhicules ne se rendront pas jusqu'à la victime à temps pour la sauver, particulièrement dans le cas d'accidents de la route. Avez-vous réfléchi à cela, et avez-vous quelque chose à en dire?

Dr. Lane: Il est difficile d'établir les coûts liés à l'utilisation d'hélicoptères-ambulances. Cela dit, ce genre de service semble beaucoup plus accordé à la situation canadienne qu'à celle des États-Unis étant donné les grandes distances dans les cas de transferts. Les études de coûts effectuées aux États-Unis ont établi que lorsque le transport du malade dure plus de 25 minutes, il est plus économique d'utiliser un hélicoptère qu'une ambulance routière. C'est tout au moins ce que nous avons observé dans le sud de l'Ontario, où l'hôpital Sunnybrook dispose d'ambulances aériennes. Cependant, l'utilisation d'un hélicoptère dans un rayon d'entre 25 et 30 milles du Toronto Métropolitain ne me paraît pas vraiment justifiée, à moins que l'état de la circulation ou les conditions climatiques n'empêchent le transport du malade par véhicule routier. Dans le cas de distance semblable dans une petite collectivité cependant, lorsqu'il n'y a qu'une ambulance en service la nuit et qu'elle doit effectuer un trajet d'une heure ou plus, il est plus économique d'utiliser un hélicoptère. Je crois qu'il faut tenir compte de ce genre de considération-là lorsqu'on réfléchit à un service d'ambulance aérienne.

M. Hudecki: Je crois cependant que le projet pilote entrepris en Ontario est assez avancé, et bon nombre de gens suivront ses résultats et l'évalueront. J'ignore cependant en quoi il ressemble ou diffère du programme de personnel paramédical en oeuvre en Alberta et en Colombie-Britannique à l'heure actuelle. Ces derniers sont-ils bien avancés? Fournissent-ils un service aussi complet que celui envisagé en Ontario?

[Texte]

Dr. Lane: The Alberta and British Columbia systems are two very different systems. The British Columbia paramedic system is primarily limited to the southern mainland. They do have an air evacuation service available with paramedics aboard that does supply part of the interior of British Columbia. But they have not developed a land-based ambulance system to the degree that exists in Ontario at all. In Alberta they are even less systematic, if you want. Some of the urban communities have good paramedic services, but have less a comprehensive or a less thorough approach to the basic ambulance service.

In Ontario we are doing basically, as you were suggesting a few minutes ago—in that we have gone from the ground up in terms of emergency health services, in that focus has been put early on citizen CPR training, on providing centralized dispatch services for ambulance services, on moving to a tiered-response system involving fire and police, as well as ambulance services and an improvement of the basic ambulance service... The training of ambulance attendants in Ontario at the basic level is far better than it is anywhere else in the country. So in Ontario we are going from the other direction. With the advent of the paramedic service, as long as that is applied across the province in urban communities, I think we will have a superb system.

The Vice-Chairman: Your time is up, Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: You did not even warn me. Usually...

The Vice-Chairman: I was not here to warn you. I am sorry.

Mr. Hudecki: That is part of the courtesy you show, but you have not shown it today.

The Vice-Chairman: I am sorry. You are over your time, as a matter of fact.

Mr. Hudecki: There is lack of courtesy in parliamentary proceedings.

• 2140

Mr. Epp: Call it emergency evacuation.

Doctor, I would like to concentrate for just a minute on what you identify as the role of the federal government in emergency health services. Do you get paid fee for service? Are you on salary? Generally, what configuration do you gentlemen operate on?

Dr. Lane: There is quite a variation amongst our members across the country, but in the more developed centres we are primarily on a fee-for-service basis. It varies a lot from province to province. In the Province of Ontario what is termed an alternate payment plan is available where a group of physicians practising in the emergency department will be paid a global sum based on what they would be billing fee for service were they billing fee for service. Similar sorts of arrangements exist in a number of other provinces, but I think it is fair to say that in the more developed centres in the

[Traduction]

Dr. Lane: Les services en vigueur en Alberta et en Colombie-Britannique sont très différents. Celui de la Colombie-Britannique ne fonctionne que dans la région du sud, même si un service aérien de transport des malades et les services du personnel paramédical sont disponibles dans certaines régions de l'intérieur de la province. Toutefois, on ne trouve pas là un réseau d'ambulances routières aussi poussé que celui existant en Ontario. Pour ce qui est de l'Alberta, les services y sont encore moins systématiques. Certains des centres urbains disposent de bons services paramédicaux mais d'un système d'ambulances fondamental moins complet.

En Ontario, ainsi que vous l'avez dit il y a quelques minutes, nous avons fait beaucoup de progrès en matière de services d'urgence, en ce sens que nous avons très tôt insisté sur l'enseignement de la réanimation cardiopulmonaire aux citoyens, sur la centralisation des services de répartition des ambulances sur la participation d'autres corps publics comme les pompiers et la police au service d'urgence et sur l'amélioration des services fondamentaux... En conséquence, la formation fondamentale des ambulanciers est bien supérieure en Ontario à n'importe où ailleurs au Canada en ce moment. Le point de départ de l'Ontario est donc tout à fait opposé. Si l'on met sur pied un service paramédical, à condition qu'il fonctionne dans tous les centres urbains de la province, nous serons alors dotés d'un excellent système.

Le vice-président: Votre temps de parole est écoulé, monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Vous ne m'avez même pas prévenu. D'habitude...

Le vice-président: Ce n'était pas moi qui étais président. Je m'en excuse.

M. Hudecki: D'habitude vous faites montre de cette courtoisie, mais aujourd'hui vous avez fait exception.

Le vice-président: Je m'en excuse. De toute façon, vous avez dépassé votre temps de parole.

M. Hudecki: On manque de courtoisie dans l'application des usages parlementaires.

M. Epp: Disons qu'il s'agit d'une évacuation d'urgence.

Docteur Lane, j'aimerais m'arrêter un moment au rôle que vous envisagez pour le gouvernement fédéral dans la prestation des soins de santé d'urgence. Êtes-vous rémunéré à l'acte ou recevez-vous un traitement? En général, comment êtes-vous rémunérés?

Dr. Lane: Cela varie sensiblement d'une région à l'autre du pays, mais dans les centres les plus évolués, nous recevons des honoraires. Et cela varie beaucoup d'une province à l'autre. En Ontario, une autre forme de rémunération est disponible; cela se produit lorsqu'un groupe de médecins travaillant dans un service d'urgence recevra une somme globale correspondant aux honoraires que chacun recevrait s'il se faisait rémunéré à l'acte. Ce genre d'arrangements existe également dans d'autres provinces, mais dans les centres les plus évolués du pays, particulièrement ceux où l'on enseigne la médecine, la

[Text]

country, particularly those involved in teaching programs, they are largely fee-for-service based.

Mr. Epp: Is it based on a fee schedule . . . ? Let us take the Ontario case because you practise at Sunnybrook, I understand. Is it done through the OHIP schedule? Is that how you are covered—just like any other doctor?

Dr. Lane: Yes.

Mr. Epp: I found it interesting when you talked about the federal role, and I thought the communications side of it was very interesting in terms of the co-ordination. Frankly, I want to follow that up with some of my colleagues, especially David Crombie in his responsibilities, because I thought that was a very helpful point you made and I want to thank you for that . . . and also the matter that you raised in terms of disaster planning, obviously, the co-ordinated approach.

However, I want to concentrate on 4.4 and 4.5 of your brief on page 7, underfunding. You say in 4.4 that:

While funds for health care research are generally insufficient, emergency health care and trauma research are among the most underfunded of disciplines.

What kind of research do we do and where, for example, would you gentlemen get extra training or get access to the best research in your present situation? Do you go to the States, or where do you get it?

Dr. Lane: Not entirely. Do you mean in terms of . . .

Mr. Epp: You say that emergency health care and trauma research are the most underfunded of disciplines. You have related that to other medical research. Where are we carrying out emergency or trauma research right now, for example, in Canada?

Dr. Lane: Through our own unit at Sunnybrook Medical Centre we are undertaking trauma research. A large component of that is non-funded research. I think it is generally the pattern in emergency departments across the country that the research going on is non-funded; i.e., the physicians involved are doing research on their time because of their own interest and their desire to improve the body of knowledge of emergency medicine in trauma.

What gave rise to that comment is that when we look at either the disability or the deaths arising from cardio-vascular disease, cancer and trauma, there is no doubt that trauma accounts for more lost life-years and more disability in our society than either of the other two, yet the funding for trauma research in Canada is in the range of 1% of the funding for cancer or cardio-vascular research, or even less in many senses.

[Translation]

rénumération se fait généralement sous forme d'honoraires à l'acte.

M. Epp: Se fondent-ils sur des barèmes d'honoraires? Prenons le cas de l'Ontario, étant donné qu'à ma connaissance, vous exercez à Sunnybrook. Vous conformez-vous au barème de l'O.H.I.P.? La valeur de vos services est-elle établie de la même façon que celle de tout autre médecin?

Dr. Lane: Oui.

M. Epp: Vos propos portant sur le rôle du fédéral m'ont intéressé, en particulier, l'aspect communication et coordination. J'aimerais d'ailleurs en apprendre davantage là-dessus, et j'ai donc l'intention d'en discuter avec certains de mes collègues, surtout David Crombie. Quoi qu'il en soit, vos observations m'ont paru très utiles, tout comme celles que vous avez faites au sujet de la planification et de la coordination en cas de désastre, et je tiens à vous en remercier.

J'aimerais maintenant me reporter aux articles 4.4 et 4.5 de votre mémoire à la page 7, où il est question d'un financement insuffisant. Ainsi, à l'article 4.4, vous affirmez ce qui suit, et je cite:

Les fonds affectés à la recherche dans le domaine de la santé sont généralement insuffisants, mais c'est surtout le cas dans le domaine des services d'urgence et de la recherche en traumatologie; ces deux disciplines sont parmi les moins subventionnées.

Quelle genre de recherche effectuons-nous et où vos collègues peuvent-ils obtenir une formation supplémentaire dans leur domaine d'élection ou encore avoir accès aux recherches les plus poussées s'y rapportant? Allez-vous aux États-Unis, ou ailleurs?

Dr. Lane: Pas vraiment. Entendez-vous par là . . .

M. Epp: Vous affirmez que les services d'urgence et les recherches en traumatologie sont les disciplines où l'on manque le plus d'argent. Vous avez même établi une comparaison entre ces dernières et les autres recherches médicales. J'aimerais donc savoir où s'effectuent les recherches sur les services d'urgence ou la traumatologie, par exemple, au Canada?

Dr. Lane: Pour ce qui est de la traumatologie, nous en effectuons au centre médical Sunnybrook, mais une part très importante de ces activités ne sont pas subventionnées. Je crois que c'est d'ailleurs généralement le cas dans les recherches sur les services d'urgence de notre pays. J'entends par là que les médecins effectuant de la recherche le font à temps perdu parce qu'ils s'y intéressent et parce qu'ils désirent que nous ayons une plus grande connaissance de la médecine d'urgence dans les cas de blessures.

La raison pour laquelle nous avons mentionné cela tient au fait que, par rapport aux cas d'invalidité ou de décès causés par les maladies cardiovasculaires, et le cancer, les accidents, c'est-à-dire les blessures, correspondent aux plus nombreuses pertes de vie et de cas d'invalidité dans notre société que les deux autres catégories. Or, en dépit de cela, les subventions accordées au titre de la recherche en traumatologie s'établissent à environ 1 p. 100 des crédits affectés à la recherche sur le

[Texte]

We have in Canada right now a fledgling Canadian Trauma Foundation that has recently formed to try to raise funds for trauma research. It is just getting going. That may raise some money.

I think the problem in many ways may be more deep-seated than the lack of funding. A lack of funding is a problem, but I thought you might have been alluding in your question to the fact that there even is a lack of funds right now for interested physicians to go to learn about research methodology and to develop as researchers. We recently wrote a letter of reference for one of our members in Kingston to go to Seattle because Seattle has a well-developed emergency health services system. They are well related to their department of epidemiology; they can learn about research methodology there, and learn about the EHS systems. This just does not exist in Canada; it is impossible to get that sort of training in Canada. He is applying for a grant from an American foundation to do that.

• 2145

Mr. Epp: From an American foundation?

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Epp.

Mr. Epp: I would like to pursue that, but obviously I will skip and jump. I would like to get back to that. Maybe you could give us some back-up material if you have it. I know I would appreciate it.

You mention the federal responsibility in terms of educating the public: illness, injuries, risk, and so forth. What methodology is successful? We all recognize the need for life-style education, its effect, preventive health care. What works?

Dr. Lane: I do not know of any research that ensures that life-style education or preventative health care works. I am sure it does. Intuitively it seems to make sense, but I do not know of anything that would prove it would.

Where I would be more interested in seeing the federal government playing a role in that sense is educating people how to recognize signs of an emergency. What are the warning signs of a heart attack? What do you do in the instance of a cardiac arrest? If someone in this room, God forbid, were to collapse, what would we do?

The Vice-Chairman: If we go beyond 10.00 o'clock we might.

Dr. Lane: That is right. While I think it is important that the federal government encourage people to go and run, I think

[Traduction]

cancer ou les maladies cardiovasculaires, même à moins que cela dans bien des cas.

Nous venons de créer une fondation canadienne appelée *Canadian Trauma Foundation*, dont l'objectif est d'obtenir les fonds nécessaires à la recherche en traumatologie. Elle commence à peine à être active mais elle réussira peut-être à obtenir de l'argent.

Cependant, il n'y a peut-être pas que le manque de fonds qui cause le problème; la situation est peut-être plus grave que cela. Manquer de fonds cause toujours un problème, mais à en juger d'après vos propos, vous faisiez peut-être allusion au fait qu'à l'heure actuelle, les médecins désireux d'en apprendre davantage sur les méthodes de recherche et sur la recherche en tant que telle n'ont peut-être pas accès à l'argent nécessaire pour le faire. A titre d'exemple, récemment, nous avons écrit une lettre de recommandation à l'intention de l'un de nos membres vivant à Kingston afin qu'il puisse se rendre à Seattle étant donné que cette ville s'est dotée d'un bon système de services de santé d'urgence. Ils entretiennent des relations très étroites avec leur département d'épidémiologie et ils peuvent se familiariser avec la méthodologie de la recherche et avec les services d'urgence. Cela n'existe tout simplement pas au Canada; il est impossible d'obtenir ce genre de formation au Canada. Il a été obligé de demander une subvention à une fondation américaine pour y parvenir.

M. Epp: À une fondation américaine?

Le vice-président: Monsieur Epp, c'est votre dernière question.

M. Epp: J'aimerais continuer dans cette voie, mais je suis forcé de passer à autre chose. J'aimerais y revenir plus tard. Si vous aviez des documents et des informations à nous communiquer sur ce sujet, je l'apprécierais beaucoup.

Vous dites que le gouvernement fédéral a une responsabilité dans l'éducation du public: maladie, blessures, risque, etc. Quelle est la méthodologie qui marche le mieux? Nous savons tous que l'éducation sur le mode de vie donne d'excellents résultats pour les soins de santé préventifs. Qu'est-ce qui marche le mieux?

Dr Lane: Je ne sais pas s'il y a des recherches qui prouvent que l'éducation sur le mode de vie ou les soins de santé préventifs donnent de bons résultats. J'en suis convaincu; cela semble évident, mais je ne sais pas s'il est possible de le prouver.

Il me semble que le gouvernement fédéral pourrait jouer un autre rôle beaucoup plus important en enseignant aux gens à reconnaître les signes d'une urgence. Quels sont les signes avant-coureurs d'une crise cardiaque? Que faut-il faire en cas d'arrêt cardiaque? Si dans cette pièce—Dieu nous en garde—quelqu'un s'écroulait, que faudrait-il faire?

Le vice-président: Si nous dépassons de beaucoup 22 heures, cela pourrait se produire!

Dr Lane: Exactement. À mon sens, le gouvernement fédéral fait bien d'encourager les gens à courir, mais si nous voulons

[Text]

if we want to look at things that can have a cost-effective and a measurable impact, if we can teach Canadians to recognize the signs of a heart attack and we can teach Canadians how to call an ambulance or to call a paramedic, we will have a much more measurable impact on survival.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I have other questions, but I want to thank our witness.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Epp.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I would like to congratulate the witness on the skill of his responses. He is certainly very articulate, and he has very good responses.

The line of work you are in is obviously much newer than mine. I am learning a little bit tonight. Miss MacDonald has asked you a few questions. You did mention that you trained under the aegis of the Royal College of Physicians and Surgeons. Does that give you an F.R.C.S., F.R.C.P., or what?

Dr. Lane: Under the Royal College we are under the division of medicine.

Mr. Halliday: But you have an F.R.C.P.—is that correct?

Dr. Lane: That is right.

Mr. Halliday: Is it a five-year training program?

Dr. Lane: Four years.

Mr. Halliday: A four-year training program.

I am interested a little bit too in the work you do yourselves. You have talked about almost everybody except yourselves. You have the paramedics going out with the ambulance. I presume that you as a physician do not go out on the ambulance. Is that correct?

Dr. Lane: That is right.

Mr. Halliday: Okay. When you are back in the hospital base, do you also see people with sore throats on Saturday night?

Dr. Lane: Yes, I sure do.

Mr. Halliday: And sore toes and ingrown toe nails and . . . ?

Dr. Lane: Yes.

Mr. Halliday: I see.

Dr. Lane: Yes, emergency physicians see any and all emergencies that present themselves to the emergency department. Patients identify their emergencies; we do not. If a patient defines what they have as an emergency and in need of urgent health care, we will see them.

Mr. Halliday: We had some witnesses here earlier that thought possibly—and I would tend to agree with them—we are moving too far in the direction of encouraging people to come to hospitals to have their sore throats treated, and their shortness of breath, and you name it, anything at all instead of

[Translation]

faire quelque chose qui soit rentable, qui ait un impact mesurable, nous devons enseigner aux Canadiens à reconnaître les signes d'une crise cardiaque, leur enseigner comment appeler une ambulance ou le service paramédical, voilà des choses qui auront des effets beaucoup plus mesurables en termes de survie.

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'ai d'autres questions, mais je remercie notre témoin.

Le vice-président: Merci, monsieur Epp.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je tiens à féliciter le témoin pour la compétence de ses réponses. Il est extrêmement clair et concis, il donne d'excellentes réponses.

De toute évidence, vous exercez une profession beaucoup plus jeune que la mienne. Ce soir, j'apprends des choses. M^{lle} MacDonald vous a posé des questions et vous avez dit que vous aviez reçu votre formation sous l'égide du Collège royal des médecins et des chirurgiens. Alors, est-ce que vous avez un FRCS, un FRCP, ou quoi?

Dr. Lane: Au Collège royal, nous relevons de la division de la médecine.

M. Halliday: Mais vous avez un FRCP, n'est-ce pas?

Dr. Lane: C'est exact.

M. Halliday: C'est un programme d'étude de cinq ans?

Dr. Lane: Quatre ans.

M. Halliday: Un programme d'études de quatre ans.

Le travail que vous faites vous-même m'intéresse également; vous avez parlé de pratiquement tout le monde sauf de vous-même. Vous avez les paramédicaux qui sont à bord des ambulances; j'imagine que vous, médecins, vous n'êtes pas à bord de l'ambulance, n'est-ce pas?

Dr. Lane: C'est exact.

M. Halliday: D'accord. Lorsque vous revenez à la base hospitalière, est-ce que vous voyez aussi des patients qui ont mal à la gorge le samedi soir?

Dr. Lane: Absolument, certainement.

M. Halliday: Ceux qui ont mal aux orteils, et les ongles incarnés, et . . . ?

Dr. Lane: Oui.

M. Halliday: Je vois.

Dr. Lane: Oui, les médecins d'urgence voient tous les patients qui se présentent au service d'urgence. Ce sont les patients qui décident qu'il y a urgence, pas nous. Si un patient considère a besoin de soins de santé d'urgence, nous le voyons.

M. Halliday: Nous avons eu des témoins qui nous ont dit qu'à leur avis—et je serai assez d'accord avec eux—nous encourageons trop les gens à venir dans les hôpitaux pour faire traiter leurs maux de gorge, leur essoufflement, etc., bref, toutes ces maladies qui relèvent beaucoup plus du médecin de

[Texte]

going to their family physician, which would be an awful lot cheaper for the health care system.

I have no argument about the trauma problems; that is different. But I see you are obviously contributing to that problem.

Dr. Lane: Let me say two things about that. I think first of all that the importance of the family physician in providing the continuity of health care is very important, and I support the role of the family physician in that regard. A lot of the patients, you must recognize, that come to emergency departments do not come during the hours the family physician's offices are open. A lot of family physicians in the communities we work in sign out to the emergency department. They say: If you phone my office after 5.00 p.m., go to the emergency department if you have an emergency. That is fine. If physicians in our community are starting to define their own limits and their own life-styles, I think in many ways it is healthy for them too.

The other thing I would say to you, though, is that I am not aware of any evidence that would prove that the provision of episodic health care in the family physician's office is any cheaper than it is in the emergency department. When I was at Queen's, I did a study with the Department of Epidemiology there, which we published in the CMAJ, that compared costs in both settings and compared quality. While I will not get into the quality argument with you, they were more than comparable. The cost argument showed with the study we did, and it was a fairly large sample, that the costs of the provision of episodic health care in the emergency department, on a per episode basis, was less in the emergency department than it is in the family physician's office.

• 2150

The Vice-Chairman: Your last question.

Mr. Halliday: I only got started. I had better go on to something else.

Mr. Hudecki: At least he warned you.

Mr. Halliday: You mentioned and went on at some length about the difficulty that a critically ill patient has in deciding whether he should have an ambulance and the deterrent effect—and I agree that that is no time to have a deterrent effect, when a person is critically ill. I would also submit, though, that certainly in the trauma cases on the highway it is very, very seldom that the patient has any choice whatsoever about whether there is an ambulance called. Usually the police call it or a passing motorist calls it. I thought your argument was a bit far-fetched in that area.

Dr. Lane: The patient is still billed, though.

Mr. Halliday: Oh, the patient is billed, I realize that. But the patient does not have to make a decision about whether to call an ambulance, he does not have any choice about it.

In that same area, in this business of emergency work, Mr. Chairman, if I may, I am wondering whether you have been involved by the federal government with Emergency Planning

[Traduction]

famille et qui coûteraient beaucoup moins cher à traiter si elles étaient confiées au médecin de famille.

Je ne parle pas des problèmes de traumatisme, c'est une autre affaire. Mais, de toute évidence, vous êtes un des éléments du problème.

Dr. Lane: J'ai deux choses à dire à ce sujet; pour commencer, le rôle du médecin de famille est crucial car il assure la continuité des services de santé; à mon sens, c'est ce qui rend le médecin de famille indispensable. D'un autre côté, vous devez savoir que, très souvent, les patients qui se présentent dans les services d'urgence viennent à des heures où les bureaux des médecins de famille sont fermés. Il y a beaucoup de médecins de famille dans les communautés où nous travaillons qui réfèrent leurs patients au service d'urgence. Ils leur disent: si vous téléphonez à mon bureau après cinq heures, allez à l'urgence si c'est un cas d'urgence. Cela, c'est parfait. S'il y a des médecins qui commencent à se fixer leurs propres limites, à déterminer leur propre mode de vie, je pense que c'est une excellente chose pour eux aussi.

Cela dit, je doute que l'on ait prouvé que les services rendus épisodiquement par le médecin de famille dans son bureau coûtent moins cher que les services d'un département d'urgence. A Queen's, j'ai fait une étude avec le département de l'épidémiologie dont nous avons publié les résultats dans le journal de l'Association médicale canadienne; il s'agissait de comparer les coûts et la qualité dans les deux endroits. Je ne veux pas discuter de la qualité, mais de toute façon, les deux endroits étaient plus que comparables. Au sujet des coûts, dans notre étude qui portait sur un échantillonnage assez grand, il a été démontré que la prestation de soins de santé ponctuelle dans le service d'urgence coûte moins cher que le même service dans le bureau d'un médecin.

Le vice-président: Votre dernière question.

M. Halliday: Je viens de commencer. Je vais donc passer à un autre sujet.

M. Hudecki: Au moins, il vous a averti.

M. Halliday: Vous avez fait allusion à la difficulté que peut avoir une personne gravement malade à décider si elle doit être transportée par ambulance. Il faut également dire, dans ce contexte, que dans les cas d'accidents de la route, le patient a très très rarement le choix sur son mode de transport à l'hôpital. Habituellement, les policiers feront venir une ambulance ou un automobiliste le fera. Votre argument n'était pas très fort.

Dr. Lane: Cependant le patient est encore facturé.

M. Halliday: Oui, il est facturé, je m'en rends bien compte. Mais il n'a pas décidé s'il doit faire venir l'ambulance, il n'a aucun choix.

Dans le même domaine, toujours au sujet des soins d'urgence, monsieur le président, j'aimerais savoir si notre témoin a travaillé avec le gouvernement fédéral pour la

[Text]

Canada. Have they come to you? Are they consulting with you people regarding emergency planning for disasters?

Dr. Lane: No.

Mr. Halliday: Thank you very much.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Miss MacDonald, second round.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I was very interested in what you had to say about medical research grants and the fact that funding for trauma research is almost non-existent. I think, as you know, with the Medical Research Council here, the grant applications put forward each year are now being limited to only the top 10% to 15% of applications. Even with those that qualify for funding it is simply not going down below that eighth decile at all, which means there are an awful lot of good research projects out there going unfunded. Of the funding that is being allocated, could you tell me how many proposals in Canada submitted in your field have been awarded grants? Have you any idea of what comes before the MRC and gets recognition in the way of a substantial grant?

Dr. Lane: Not in any sort of aggregate sense. I know of a few projects here and there, but to give you any sort of feeling . . . I am afraid I cannot give you any overall numbers as to what is happening across the country.

As I mentioned earlier, I think the problem, to an extent, is rooted more deeply than simply in the lack of funding. I think the lack of funding is important, but we also need researchers in emergency medicine, so we need fellowships as much as we need funding.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I can certainly agree with that. What I am trying to get at with regard to the Medical Research Council, which sometimes is considered to be rather staid in its approach—it sticks with what is tried and proven—is, do you feel at all that because you are a newer discipline there is any lack of awareness in recognizing the value of the proposals that are put forward?

Dr. Lane: Perhaps another way of putting it is, first of all, yes. Having applied for grants myself from a few different agencies, I can say that emergency physicians suffer a real problem when applying to agencies such as the MRC, or the Canadian Heart Foundation, or other agencies in the community for funding. The reason is that we do not, by and large, have an established track record in research, and it is very difficult to get an established track record now if you are not in cardiovascular research or in cancer research in Canada. And so an emergency physician coming forward with a clinically-oriented research project based on emergency health services or on the sorts of patients we see in the emergency department does not tend to be looked upon favourably.

[Translation]

planification d'urgence. Planification d'urgence Canada s'est-elle adressée à vous? Avez-vous été consultés au sujet de la planification d'urgence?

Dr Lane: Non.

M. Halliday: Merci beaucoup.

Le vice-président: Merci, monsieur Halliday. Mademoiselle MacDonald, votre deuxième tour.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'ai été très intéressée d'entendre ce que vous avez dit au sujet des subventions à la recherche médicale, notamment lorsque vous avez dit qu'il n'y a presque pas de financement pour la recherche sur les cas urgences. Comme vous le savez, les demandes de subvention présentées au Conseil de recherches médicales chaque année ne sont acceptées que dans dix ou quinze p. 100 des cas. Même dans le meilleur des cas, 80 p. 100 des demandes sont rejetées, ce qui signifie qu'un grand nombre de projets de recherche intéressants ne reçoivent aucun financement. Des projets acceptés, pourriez-vous me dire combien au Canada ont été présentés dans votre domaine? Avez-vous une idée des projets présentés au Conseil de recherches médicales dans votre domaine et qui reçoivent une subvention intéressante?

Dr Lane: Je ne connais pas la situation d'ensemble. Je suis au courant de quelques projets, mais pour vous donner un aperçu . . . Je ne peux pas vous donner de chiffres totaux quant à la situation actuelle au pays.

Comme je le disais précédemment, à mon sens, le problème dans une certaine mesure va au-delà du manque de financement. L'absence de financement est bien sûr un facteur important, mais nous avons également besoin de personnes intéressées à faire de la recherche en médecine d'urgence, donc il faut trouver des étudiants au niveau post-doctoral autant qu'il nous faut trouver de l'argent.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'en conviens. Voilà ce à quoi je veux en venir au sujet du Conseil de recherches médicales: on le tient parfois pour être plutôt conservateur, c'est-à-dire qu'il n'accepte que les idées traditionnelles; pensez-vous qu'étant donné que vous oeuvrez dans une nouvelle discipline, on ne se rend pas compte de l'importance des projets de recherche présentés?

Dr Lane: D'une certaine façon, oui. Ayant moi-même présenté des demandes de subvention auprès de différents organismes, j'avoue que les médecins d'urgence se heurtent à un problème réel auprès d'organismes tel que le Conseil de recherches médicales, la Fondation des maladies du coeur du Canada ou d'autres organismes qui offrent des subventions. La raison est que nous n'avons pas d'expérience établie dans le domaine de la recherche. Or, il est très difficile d'en avoir à l'heure actuelle si l'on ne travaille pas dans le domaine de la recherche cardiovasculaire ou du cancer. Ainsi donc, un médecin spécialisé en urgences qui propose un projet de recherche clinique basé sur les services de soins d'urgence n'est pas considéré de façon très favorable.

[Texte]

[Traduction]

• 2155

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. I will just say that I think what we are going to have to do is create a thirteenth month, a trauma month.

The Vice-Chairman: Thank you, Miss MacDonald. Dr. Hudecki, one short intervention.

Mr. Hudecki: I think number one is the abuse of ambulances by certain people. I know I had one patient who used to use it like a taxi. I wonder how often it is used in that fashion. Also, many ambulance trips are paid for by welfare. And another thing is many nurses and paramedics are sending signals to us that they want primary care. Have you had much experience with medical-legal complications where the initiative was taken by the nurse or by a health worker on your behalf in emergency situations?

Dr. Lane: Dealing first of all with the abuse issue, there are some patients who abuse ambulance services; there are some patients who abuse emergency departments; there are some patients who abuse family physician offices. But contrary to patients who abuse physician services, the provision does exist within both our proposed amendment and within existing legislation to charge patients the full fee if they abuse an ambulance. I do not think it is a major problem right now. It exists, but it is not a major problem.

In terms of the medical-legal aspects, again there have been... No, I am not aware of any case that has come to litigation involving the delegation of medical acts to an emergency medical technician or a paramedic.

Mr. Hudecki: Not if you delegate it, but that if they do it on their own and you have not delegated, are they not exposed to litigation?

Dr. Lane: Certainly, if they are practising outside of the guidelines for a pre-hospital care program as established by the provincial licencing authority, such as the College of Physicians and Surgeons of Ontario, they are liable. But, again, I am not aware of any litigation arising from that sort of situation.

Mr. Hudecki: The number of ambulances that are sponsored by welfare, do you have any statistics on this? You know, there are certain people on welfare who can get an ambulance without having to pay for it. What percentage would...?

Dr. Lane: In most provinces, anyone on any form of premium assistance, on welfare or a senior citizen, does not have to pay for an ambulance service. I do not have numbers. I am sure the provincial health ministers could provide you with that if you asked them.

Mr. Hudecki: But there is a very definite percentage that are not deterred because of the help they get along those lines.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je crois qu'il faudra donc peut-être penser à instaurer un treizième mois, un mois de l'urgence.

Le vice-président: Merci, mademoiselle MacDonald. Monsieur Hudecki, une brève intervention.

M. Hudecki: Tout d'abord, il y a le problème de l'abus que font certaines personnes des services d'ambulances. Je connais un patient qui s'en sert comme d'un taxi. Je me demande vraiment combien de gens abusent de ce service qui émerge souvent au budget du bien-être social. Il y a aussi une autre question. Beaucoup d'infirmières et de personnel paramédical nous disent qu'ils voudraient s'occuper des soins primaires. Êtes-vous au courant de complications médico-légales dans le cas d'interventions faites par des infirmières ou d'autre personnel médical, en votre nom, dans des situations d'urgence?

Dr. Lane: Tout d'abord, au sujet de la question des personnes qui abusent des ambulances, il faut dire que certains patients en abusent comme certains patients abusent des services d'urgence et même de leurs médecins de famille. Cependant, contrairement à ce qui se passe dans les cas des patients qui abusent des services de leurs médecins, nous proposons que ces patients paient pour les services à partir du moment où il est reconnu qu'ils en abusent. Ces dispositions existent d'ailleurs dans la loi actuelle et je ne crois pas que cela pose de graves problèmes.

Pour ce qui est de votre question portant sur les complications médico-légales, il y a eu... En fait, je ne suis au courant d'aucun cas de poursuites judiciaires dans des cas de délégation de responsabilité médicale à un technicien médical ou un employé paramédical en situation d'urgence.

M. Hudecki: Pas dans les cas de délégation, mais dans le cas où ces personnes agiraient de leur propre chef, dans de tels cas, ne s'exposerait-elle pas à être poursuivies?

Dr. Lane: Ces personnes sont responsables si leurs interventions se font à l'extérieur du cadre d'un programme établi par les autorités provinciales de réglementation, comme le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Cependant, je ne suis au courant d'aucune poursuite qui soit survenue à la suite d'une situation de ce genre.

M. Hudecki: Avez-vous des chiffres concernant les ambulances relevant du bien-être social? Vous savez sans doute que certains assistés sociaux peuvent obtenir les services d'ambulances sans devoir y payer ceux-ci. Quel serait le pourcentage...?

Dr. Lane: Dans la plupart des provinces, toutes les personnes dont les primes d'assurance-santé sont subventionnées, les assistés sociaux ou les citoyens de l'Age d'Or, ne doivent pas payer pour les services d'ambulance. Je n'ai cependant pas de chiffres. Je suis sûr que les ministres de la santé provinciaux pourraient vous les donner, si vous leur en faisiez la demande.

M. Hudecki: En fait, il n'y a pas moyen de dissuader un grand nombre de se servir de cette façon des ambulances.

[Text]

Dr. Lane: Sure. That is right.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Hudecki.

Thank you, gentlemen; you may now go to Hull.

Colleagues, I remind you that we reconvene in this room 11 hours from now at 9.00 o'clock tomorrow morning.

The meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

Dr Lane: Oui.

Le vice-président: Merci, monsieur Hudecki.

Je vous remercie, messieurs. Vous pouvez maintenant vous rendre à Hull.

J'aimerais rappeler aux membres du Comité que nous réunirons dans cette salle à 9 heures demain matin.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the «Fédération des médecins spécialistes du Québec»:

Dr. Paul Desjardins, President;
Dr. Denis Laberge, 1st Vice-President;
Dr. François Couture, 2nd Vice-President;
Dr. Matthieu Lefebvre, Secretary;
Mr. Roger David, Legal adviser;
Mr. Patrick Molinari, Legal adviser;
Dr. Jean-Marie Albert, Director of Professional Affairs;

Mr. Roger Nantel, Communications.

From the United Ostomy Association of Canada:

Mr. A. Claude Campbell, Provincial representative for
Southwestern Ontario;
Ms. Ruby McGowan, Ottawa Chapter, President for
Ottawa region.

De la Fédération des médecins spécialistes du Québec:

D^r Paul Desjardins, président;
D^r Denis Laberge, 1^{er} vice-président;
D^r François Couture, 2^e vice-président;
D^r Matthieu Lefebvre, secrétaire;
Me Roger David, conseiller juridique;
Me Patrick Molinari, conseiller juridique;
D^r Jean-Marie Albert, directeur des affaires professionnelles;
M. Roger Nantel, conseiller en communications.

Du «United Ostomy Association of Canada»:

M. A. Claude Campbell, représentant provincial, sud-ouest
de l'Ontario;
M^{me} Ruby McGowan, «Ottawa Chapter», présidente de la
section d'Ottawa.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 12

Tuesday, February 21, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 12

Le mardi 21 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 21, 1984
(18)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:07 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss McDonald, (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau and Reid.

Other Members present: Messrs. Foster, Lang and McMillan.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the Newfoundland Medical Association: Dr. G. Hogan, President. *From the New Brunswick Medical Association:* Dr. D. Morgan, Past President; and Mr. D. Balmain, Executive Secretary. *From the Medical Society of Prince Edward Island:* Dr. C. McMillan, Executive Committee. *From the Medical Society of Nova Scotia:* Dr. R.D. Saxon, President; and Dr. J. Kazimirski. *From the Ontario Medical Association:* Dr. G.I. Isaac, President; Dr. L.J. Genesove, Chairman, Committee on Medical Care and Practice; Dr. R. Moulton, Chief of Staff, Fort Frances Clinic; Dr. C. Godfrey, Director of Rehabilitation, Toronto Wellesley Hospital; Dr. H.E. Scully, Chairman, Medical Advisory Committee, Toronto General Hospital; Dr. J.E. Milligan, Chairman, Ministry of Health, Special Committee on Neonatology; and Dr. H.L. Sussman, Chairman, London Psychiatric Hospital. *From the Quebec Medical Association:* Dr. M. Fournier, President; and Dr. J. Coffey, Executive Director. *From the British Columbia Medical Association:* Dr. D. McPherson, President; and Dr. N. Rigby, Executive Director. *From the Alberta Medical Association:* Dr. N. Gray, President. *From the Saskatchewan Medical Association:* Dr. G.A. Duke, President. *From the Manitoba Medical Association:* Dr. N. Heywood, President, and Dr. H.D. Fewer, President-Elect.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 1:50 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 p.m.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 21 FÉVRIER 1984
(18)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 07, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau et Reid.

Autres députés présents: MM. Foster, Lang et McMillan.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: De la «Newfoundland Medical Association»: Dr. G. Hogan, président. *De la «New Brunswick Medical Association»:* Dr. D. Morgan, ancien président, et M. D. Balmain, secrétaire exécutif. *De la «Medical Society of Prince Edward Island»:* Dr. C. McMillan, Comité directeur. *De la «Medical Society of Nova Scotia»:* Dr. R.D. Saxon, président, et Dr. J. Kazimirski. *De l'«Ontario Medical Association»:* Dr. G.I. Isaac, président; Dr. L.J. Genesove, président du «Committee on Medical Care and Practices»; Dr. R. Moulton, chef du personnel, «Fort Frances Clinic»; Dr. C. Godfrey, directeur du Service de rééducation, «Toronto Wellesley Hospitals»; Dr. H.E. Scully, président, «Medical Advisory Committee, Toronto General Hospital»; Dr. J.E. Milligan, président, ministère de la Santé, «Special Committee on Neonatology»; et Dr. H.L. Sussman, président, «London Psychiatric Hospital». *De l'Association médicale du Québec:* Dr. M. Fournier, président; Dr. J. Coffey, directeur exécutif. *De la «British Columbia Medical Association»:* Dr. D. McPherson, président; Dr. N. Rigby, directeur exécutif. *De l'«Alberta Medical Association»:* Dr. N. Gray, président. *De la «Saskatchewan Medical Association»:* Dr. G.A. Duke, président. *De la «Manitoba Medical Association»:* Dr. N. Heywood, président, et Dr. H.D. Fewer, président élu.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 13 h 50, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

AFTERNOON SITTING

(19)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:30 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Lachance, Malépart, Marceau and Reid.

Other Members present: Mrs. Côté, Messrs. Foster and La Salle.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witness: From the Government of Québec: Mr. Pierre Marc Johnson, Minister of Social Affairs.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The Minister made a statement and answered questions.

At 5:50 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(19)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 30, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Lachance, Malépart, Marceau et Reid.

Autres députés présents: M^{me} Eva Côté, MM. Foster et La Salle.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: Du gouvernement du Québec: M. Pierre-Marc Johnson, ministre des Affaires sociales.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Le Ministre fait une déclaration et répond aux questions.

A 17 h 50, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, February 21, 1984

• 0904

The Chairman: I call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order.

We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act, and we have a very full morning today, with representatives of the provincial medical associations from right across the country.

• 0905

The way they have decided to work it among themselves, I think you will see in material before you, was that we will have the Atlantic provinces first of all for about an hour, then the Quebec association, then the Ontario association, and then the western provinces. We are starting out this morning with the representatives from the Atlantic medical associations.

I gather, Dr. Hogan, that you are the leader of the group. Perhaps you would be good enough to introduce the rest of the people at the witness table, and we will go on from there.

Dr. G. Hogan (Canadian Medical Association, President, Newfoundland Medical Association): Thank you, Mr. Chairman. As the representatives of the Atlantic provinces, we want to thank you and your committee for the opportunity to present our views on the proposed Canada Health Act.

The members of the group here today are Mr. David Balmain, the Executive Secretary of the New Brunswick Medical Association; Dr. Don Morgan, Past-President of the New Brunswick Medical Association; Dr. Pat Dobbin, Past-President of the Newfoundland Medical Association; Dr. Colin McMillan, of the Executive Committee of the P.E.I. Medical Society; Dr. Harry Callaghan, President of the P.E.I. Medical Society; Dr. Roland Saxon, President of the Nova Scotia Medical Society; and Dr. Judy Kazimirski, Honorary Secretary of the Nova Scotia Medical Society.

What we had hoped to do was each to present about a five-minute summary of our briefs and then answer questions, if that is suitable to you, sir.

The Chairman: That will be fine, Doctor, yes.

Dr. Hogan: Fine. We will start off, then, with Dr. Morgan, from New Brunswick.

Dr. D. Morgan (Past-President, New Brunswick Medical Society): Thank you, Mr. Chairman. The physicians in New Brunswick appreciate the opportunity to present their views to this committee on Bill C-3. The profession in the Province of New Brunswick is deeply concerned about the future of the present health care system. However, we are not convinced

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 21 février 1984

Le président: La séance du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social est ouverte.

Nous reprenons l'étude du Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous avons une matinée très chargée; nous recevons des représentants des associations médicales provinciales de tout le pays.

Nos témoins ont convenu entre eux de l'ordre suivant, que vous trouverez sur la feuille qui vous a été remise: nous donnerons d'abord la parole, pendant une heure environ, aux provinces de l'Atlantique, puis à l'Association du Québec, puis à l'Association de l'Ontario, et enfin aux provinces de l'Ouest. Nous entamons donc la séance de ce matin en donnant la parole aux représentants des associations médicales des provinces de l'Atlantique.

Je crois comprendre, docteur Hogan, que vous êtes le porte-parole du groupe et je vous demanderai donc, en cette qualité, de nous présenter ceux qui vous accompagnent, et nous vous donnerons ensuite la parole.

Dr G. Hogan (Association médicale canadienne, président de l'Association médicale de Terre-Neuve): Je vous remercie, monsieur le président. En notre qualité de représentants des provinces de l'Atlantique, nous voudrions vous remercier, vous et votre Comité, de l'occasion qui nous est donnée de présenter notre point de vue sur le projet de loi sur la santé.

Vous avez aujourd'hui devant vous M. David Balmain, secrétaire exécutif de l'Association médicale du Nouveau-Brunswick; le Dr Don Morgan, ancien président de l'Association médicale du Nouveau-Brunswick, le Dr Pat Dobbin, ancien président de l'Association médicale de Terre-Neuve, le Dr Colin McMillan, du Comité exécutif de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard; le Dr Harry Callaghan, président de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard; Dr Roland Saxon, président de la Société médicale de Nouvelle-Écosse et le Dr Judy Kazimirski, secrétaire honoraire de la Société médicale de Nouvelle-Écosse.

Nous espérons pouvoir consacrer chacun environ cinq minutes à présenter un résumé de nos mémoires, et si vous y consentez, monsieur, nous répondrons ensuite aux questions.

Le président: Certainement, docteur, j'y consens.

Dr Hogan: Très bien. Nous donnerons donc d'abord la parole au docteur Morgan du Nouveau-Brunswick.

Dr D. Morgan (ancien président, Société médicale du Nouveau-Brunswick): Je remercie, monsieur le président. Les médecins du Nouveau-Brunswick sont heureux de pouvoir faire part à ce Comité de leurs opinions sur le projet de loi C-3. Dans notre province, la profession médicale a de graves craintes pour l'avenir du régime actuel d'assurance-maladie, et

[Text]

that the proposals contained in Bill C-3 will do much to alleviate this concern. We believe the ability of the provinces to fund and administer health care programs may be seriously affected by this legislation.

Notwithstanding significant federal financial contributions, the province's ability to meet future demands now appears in serious jeopardy. Despite the fact that the federal transfers for health care have been increasing according to the conditions set out in the EPF agreement, they have been rising at a rate significantly less than the actual increases being experienced in the province. Accordingly, the total federal share of provincial health expenditures has declined from 47.8% in 1979-80 to less than 40% in 1982-83. In a province like New Brunswick, with its current revenue base, such a situation must be viewed as significant.

Through the original intent of the 1977 EPF agreement was given to the federal government a greater control over future expenditures. It was also intended to provide the provinces with a greater degree of flexibility in the organization and operation of services. With the proposals contained in Bill C-3, we believe the provinces' ability independently to manage health related programs will be minimized. This legislation would result in increased federal control over many aspects of provincial programs well beyond the setting of standards, and would bring about a major shift in responsibilities, moving from the provincial to the federal level. From our perspective such questions are basic and should therefore not go unaddressed in any proposed federal legislation affecting health care.

In addition, the health care system will be faced with not only the difficult task of meeting the present needs of the population, but also with the increasing demands that will be placed upon the system in relation to both a rapidly aging population and major advances in medical technology. These two additional factors alone will necessitate major shifts in program direction and scope.

It is unfortunate that the provisions contained in Bill C-3 do not adequately address these concerns and give no indication of a commitment for adequate long-term funding. We are convinced that the problems associated with funding and other charges facing the health system are more serious issues than those addressed in the legislation.

• 0910

The members of the New Brunswick Medical Society are equally concerned that consultation and the co-operative efforts of the past in relation to health care issues appear to have been replaced by unnecessary confrontation. We would suggest that every effort be made to bring the various participants together, governments and providers alike, to meet the very real challenges that face the health care system.

[Translation]

ce ne sont pas les propositions contenues dans le projet de loi C-3 qui dissiperont ces craintes. Cette loi risque, à notre avis, de porter gravement atteinte aux capacités de financement et d'administration de ce régime par les provinces.

Malgré l'apport financier considérable du gouvernement fédéral, la capacité de la province de répondre aux besoins dans l'avenir semble sérieusement compromise. Malgré le fait que les transferts fédéraux pour les dépenses de santé ont augmenté conformément aux conditions exposées dans l'accord du F.P.E., leur augmentation n'est pas allée de pair avec les augmentations réelles que connaissaient les provinces. Aussi la part totale du gouvernement fédéral aux dépenses provinciales de santé a-t-elle diminué de 47,8 p. 100, en 1979-1980, à moins de 40 p. 100 en 1982-1983. Une telle situation ne saurait laisser indifférent dans une province comme le Nouveau-Brunswick, avec les ressources dont ils disposent actuellement.

Les accords de 1977 du F.P.E. visaient à étendre le contrôle du gouvernement fédéral sur les dépenses, mais ils visaient également à donner aux provinces plus de souplesse dans l'organisation et le fonctionnement des services. Les propositions contenues dans le projet de loi C-3 auront pour effet, d'après nous, de réduire considérablement la faculté des provinces de gérer indépendamment les programmes de santé. Si cette loi était adoptée, le gouvernement fédéral étendrait son emprise, à notre avis, sur de nombreux aspects des programmes provinciaux, débordant de beaucoup l'établissement de normes, et entraînerait un considérable transfert des responsabilités, qui passeraient du niveau provincial au niveau fédéral. Dans notre esprit, ces questions sont fondamentales et c'est pourquoi il est essentiel qu'on se penche sur elles quant au projet de loi portant sur la santé.

En outre, le système d'assurance-maladie n'aura pas seulement la tâche ardue de faire face aux besoins actuels de la population, mais devra répondre à la demande croissante qui pèsera sur le système compte tenu d'une population qui vieillit rapidement, et des percées des techniques médicales. À eux seuls, ces deux facteurs rendront nécessaire, dans une grande mesure, l'infléchissement des programmes et l'extension de leur portée.

Il est regrettable que les dispositions qui sont contenues dans le projet de loi C-3 ne répondent pas suffisamment à ces préoccupations et ne contiennent aucun engagement de financement à long terme. Nous sommes persuadés que les problèmes liés au financement et à d'autres coûts ont de plus sérieuses répercussions sur le régime d'assurance-maladie que ceux qui font l'objet du projet de loi.

Les membres de la Société médicale du Nouveau-Brunswick envisagent également avec inquiétude de voir la collaboration et la coopération du passé faire place, en ce qui concerne les questions liées à la santé, à un climat de confrontation qui ne s'impose nullement. Il conviendrait, à notre avis, de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour que les participants à ces programmes, les gouvernements et ceux qui en assurent le

[Texte]

The confrontation that is developing will contribute little to the future improvement and survival of our health care programs.

Our energies should be directed towards meeting the needs of the people we serve. The physicians of New Brunswick have in the past supported, and continue to support, the development of government-financed health care. We will continue to work with all levels of government in efforts to ensure that our health care programs continue to function and that their effectiveness in delivering high-quality health care is enhanced.

We wish to make it clear that we do not oppose all of the provisions contained in Bill C-3. The stipulated requirement that the provinces provide sufficient information to allow the federal department to report accurately to Parliament is one which should be supported. Certainly, the federal government must remain accountable to Parliament to ensure that moneys voted by Parliament for health care are spent on health care.

Provision for the portability of medicare benefits is a concept which must be supported. Patients should be entitled to receive the benefits of their provincial program whether they obtain the necessary services in their home province, in any other province of Canada, or, in some instances, outside the country.

The concept of reasonable access to insured service is another critical component of the system. Patients should not be impeded from obtaining health services from the practitioner of their choice. This right of the patient must be upheld. The patient's ability to select a physician should not be subjected to government interference, especially the imposition of financial penalties.

It is unfortunate that the concept of accessibility has been lost in the debate over direct patient charges. The major thrust of Bill C-3 is to address the concept of accessibility from a very narrow perspective. An assumption has been made that access to health care is suffering because of the proliferation of direct charges.

The incidence of extra-billing in the Province of New Brunswick has been steadily declining over the past few years. In New Brunswick the mechanism which has been in place since 1971 is known as selective opting-out. Based on the best information available to us, this method of billing accounts for less than 0.5% of all physician billings. It is difficult to understand how this factor could threaten reasonable access by patients. In view of this, we must conclude that the direction of Bill C-3 must have been motivated by other considerations.

The medical profession in New Brunswick has consistently taken a reasonable approach in the exercise of this billing option. We are not aware of any instances where patients have

[Traduction]

fonctionnement, se concertent pour faire face aux graves dangers qui menacent le régime d'assurance-maladie.

La confrontation qui couve ne contient rien de bon pour l'amélioration et la survie des programmes de soins médicaux.

Nous devrions mobiliser nos énergies pour satisfaire les besoins de ceux que nous servons. Les médecins du Nouveau-Brunswick ont toujours été en faveur d'un régime d'assurance-maladie financé par le gouvernement, et continuent de l'être. Nous continuerons à prêter notre concours au gouvernement, à tous les niveaux, pour veiller à ce que les programmes de soins soient maintenus et leur efficacité et excellence accrues.

Nous voudrions préciser que nous ne nous opposons pas à toutes les dispositions contenues dans le projet de loi C-3. C'est ainsi que nous sommes en faveur de la disposition selon laquelle les provinces doivent fournir suffisamment d'informations pour permettre au ministère fédéral de rendre compte des comptes précis au Parlement. Le gouvernement fédéral doit certainement demeurer comptable au Parlement s'il doit veiller à ce que les dotations du Parlement au programme de soins sont effectivement dépensées à ces fins.

Nous sommes en faveur de la notion de transférabilité des prestations des soins médicaux: les malades devraient pouvoir bénéficier des prestations de la régie provinciale où qu'il soit, soit dans leur province, soit dans une autre province soit, le cas échéant, à l'étranger.

Autre composante du système également importante, la notion que les conditions d'affiliation aux services d'assurance-maladie doivent être aussi simples que possible, les malades devant conserver à tout prix le droit d'obtenir du médecin de leur choix, sans empêchement, les soins nécessaires. Le choix par le malade de son médecin ne devrait pas être soumis à l'ingérence du gouvernement, en particulier par l'imposition de pénalités de nature financière.

Il est regrettable que la notion d'accessibilité ait été perdue dans les discussions sur les honoraires à acquitter par le malade. Le projet de loi C-3 vise avant tout à assurer l'accessibilité, mais le fait dans une perspective très étroite, ayant posé en hypothèse que si la possibilité de bénéficier de soins est en danger, c'est à cause de la prolifération des honoraires à verser par le malade.

Dans la province du Nouveau-Brunswick, la surfacturation a vu son rôle diminuer constamment au cours des dernières années. Le dispositif qui a été mis en place en 1971 est connu sous le nom de désaffiliation sélective. D'après les renseignements les plus sûrs dont nous disposons, cette méthode de facturation représente moins 0.5 p. 100 de tous les honoraires médicaux. On ne voit donc guère comment un facteur de cette importance pourrait porter atteinte à l'accès aux soins par les malades. Compte tenu de ceci, nous devons en conclure que d'autres intentions sont à l'origine du projet de loi C-3.

Dans notre province, la profession médicale a toujours adopté une attitude de bon sens dans l'exercice de cette option de facturation. À notre connaissance, aucun malade ne s'est vu

[Text]

been denied necessary medical services because of the implementation of this billing procedure.

It is important to protect the checks and balances that exist between the medical profession and the provincial government. The selective opting out feature has worked in New Brunswick to the benefit of both government and the profession. Altering this balance may well be detrimental to a continued good working relationship between the two parties.

The problems of accessibility encountered by patients are more apt to be related to current funding difficulties associated with health care facilities and related services. In many instances in our province the waiting periods required for diagnostic testing or surgical treatment are excessive. In some instances these waiting periods may in fact adversely affect the health status of patients.

It is issues of this nature which we believe are being neglected in this legislation. If the problem of accessibility is a symptom, we would urge that it not be treated until the underlying causes have been clearly identified.

We wish also at this time to take the opportunity to express a concern we have in relation to the equitable distribution of federal funding for health care. Health programs in the Province of New Brunswick have developed slowly over time and have in the recent past been concentrated in the more expensive models of delivery related specifically to institution-based services. Unlike many provinces, New Brunswick has not developed the same range of services that exist in many other provinces. The need to diversify methods of service delivery in relation to community-based and ambulatory programs is essential.

• 0915

Further, the need for prevention-oriented programs is an area that continues in its infancy. New Brunswick, since the inception of federal cost-sharing programs, has been operating from a less developed base than many parts of the country. Our range and quality of service will not further develop without suitable recognition through the funding mechanisms. While New Brunswick will not be able to duplicate the complete range of tertiary services available in some large provinces, our patients should not be denied an acceptable level of quality of care. Certainly the criterion of comprehensiveness is one that cannot be ignored through the funding arrangements.

We would like to conclude our comments by reiterating our support for our present system of health care and for any attempts to improve the system, particularly in relation to the quality of care available to our patients. The problems and difficulties that we have identified need to be addressed. The importance of health services should dictate that a co-operative approach and meaningful consultation should be pursued.

[Translation]

refuser, depuis qu'existe cette possibilité, les services médicaux qui lui étaient nécessaires.

Il est important de sauvegarder les processus de vérification et de contrôle qui existent entre la profession médicale et le gouvernement provincial. La désaffiliation sélective a fonctionné au Nouveau-Brunswick à l'avantage à la fois du gouvernement et du corps médical, et la rupture de cet équilibre pourrait s'avérer nuisible au maintien de bonnes relations de travail entre les deux parties.

Les difficultés d'accessibilité que connaissent les malades sont probablement davantage liées aux problèmes de financement actuels des établissements de soins et de leurs services. Dans bien des cas, dans notre province, la période d'attente pour des tests de diagnostic ou pour un traitement chirurgical est trop longue, si longue qu'elle risque parfois de gravement compromettre l'état de santé des malades.

Ce sont des questions de ce genre que la loi, à notre avis, a laissé de côté. Si la question d'accessibilité constitue un symptôme, nous vous demandons instamment de ne pas le traiter avant que les causes sous-jacentes de la maladie aient pu être clairement reconnues.

Nous profitons de l'occasion pour exprimer une certaine inquiétude en ce qui concerne la répartition équitable des ressources fédérales consenties aux soins médicaux. Les programmes de cette nature, au Nouveau-Brunswick, ont mijoté lentement et ont surtout porté sur les formules, plus coûteuses, liées précisément aux services offerts dans les hôpitaux. Le Nouveau-Brunswick n'a pas mis en place une gamme de services aussi considérable que certaines autres provinces; aussi la nécessité de diversifier les façons de dispenser ces services, qu'il s'agisse de services apportés aux collectivités, ou de programmes de soins ambulatoires, s'impose-t-elle.

En outre les programmes de médecine préventive en sont encore à leurs débuts. Depuis que les programmes de partage des frais ont été mis en oeuvre, le Nouveau-Brunswick a dû partir de bien plus loin que les autres provinces. Si le financement ne tient pas compte du retard ainsi pris, nous ne pourrions pas améliorer la qualité et la variété de nos services. Sans espérer atteindre toute la gamme de services tertiaires mis au point dans certaines grandes provinces, nous estimons que les malades de notre province ne devraient pas devoir se satisfaire de soins de qualité inférieure. Le critère d'intégralité ne devrait certainement pas être ignoré dans les dispositions de financement.

Nous voudrions conclure en vous assurant de nouveau de notre appui au système actuel d'assurance-santé et à toute tentative de l'améliorer, en particulier pour tout ce qui concerne la qualité des soins que nous donnons à nos malades. Les problèmes et difficultés que nous avons cernés doivent être pris en compte. Compte tenu de l'importance de la question, toute recherche de solutions devrait se faire dans la concertation et la coopération.

[Texte]

The punitive approach taken by Bill C-3 does not contribute to the development of a meaningful dialogue among the participants. The real problems in the delivery of health care are not adequately addressed in the legislation.

It is our hope that the comments made to your committee will be beneficial and of some assistance during your continuing deliberations.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Dr. Morgan.

As I said before, we do have a very busy schedule this morning—all day, actually, going to late hours this evening. The committee members would like the opportunity to question a bit also, so I would hope that we could have summaries of briefs where there are briefs, otherwise we are going to be in difficulty time-wise.

I realize, Dr. Morgan, that you did not have a written brief. I also realize that we gave you fairly short notice in coming down here, and we do appreciate your coming.

We have briefs from Newfoundland and Nova Scotia, I believe, and I think it will be beneficial for the committee if we can have some time to question as well as listening to your comments. So if you could summarize them we would appreciate it.

Dr. Hogan, where should we go next?

Dr. Hogan: I was going to speak next; we are going to go across the table this way.

Mr. Chairman, we wish to address the concerns of the Newfoundland Medical Association with the new Canada Health Act as it applies to our province.

We do not have extra-billing in Newfoundland; therefore we wish to address the effects of the proposed Act on access to health services and the aging population. Now, in March 1983 the Minister of Finance proposed extending the six and five program to post-secondary education under the EPF arrangements. The net effect at our provincial level has been to put increased pressure on the health budget, as it must compete with the education budget for funding. The militant teachers' union ensures that the education end suffers least.

A severe downturn of the provincial economy has resulted in further cut-backs in the health care system and in hospital facilities. The per capita expenditure on physician services in Newfoundland is the lowest in Canada. In 1982 that was \$107, compared with the Canadian average at that time of \$178.

Hospital under-funding is apparent in many areas, such as the increasing numbers of patients on hospital waiting lists. For instance, it takes up to four months to have a coronary artery bypass surgery done. There also have been bed closures; 190 tertiary-care beds were closed in St. John's for a three-

[Traduction]

Or, le projet de loi C-3 adopte une attitude répressive qui ne peut guère aider à ouvrir un dialogue constructif entre les participants. La loi ne se penche pas sur les vrais problèmes des services médicaux.

Nous espérons que nos observations donneront lieu à réflexion et vous seront utiles au cours de vos délibérations.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie, docteur Morgan.

Comme je l'ai déjà dit, nous avons une matinée très chargée, mais il n'y a pas que la matinée: la séance se poursuivra jusque tard dans la soirée. Les membres du Comité aimeraient pouvoir poser des questions, et j'espère donc que dans tous les cas où il y a un mémoire, on ne nous en lira que le résumé, faute de quoi le temps va nous manquer.

Je vois bien, docteur Morgan, que vous n'aviez pas de mémoire écrit, et je me rends également compte que vous n'avez pas eu beaucoup de temps pour vous préparer, et je vous remercie d'être venu.

On nous a remis les mémoires de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse, et je crois qu'il serait souhaitable que le Comité puisse non seulement écouter vos commentaires, mais ait également le temps de poser des questions. Je vous serais donc très reconnaissant de bien vouloir résumer vos observations.

Docteur Hogan, va maintenant prendre la parole?

Dr Hogan: C'est moi qui allait la prendre, et nous suivrons l'ordre dans lequel les gens sont assis à cette table.

Monsieur le président, nous souhaitons faire part des préoccupations que la nouvelle Loi canadienne sur la santé, telle qu'elle s'applique à notre province, a éveillées dans notre Association.

A Terre-Neuve, nous ne connaissons pas la surfacturation, et c'est pourquoi nous voudrions vous parler des incidences du projet de loi sur l'accès aux services de santé et sur la population du troisième âge. En mars 1983, le ministre des Finances a proposé d'étendre le programme six et cinq à l'enseignement post-secondaire, dans le cadre des dispositions du FPE ce qui a eu pour effet, au niveau provincial, de comprimer le budget santé, en concurrence, pour le financement, avec le budget de l'enseignement. Le syndicat des enseignants, qui fait preuve de militantisme, veille à ce que l'enseignement en pâtisse le moins.

Le marasme grave que connaît l'économie de la province a eu pour effet de réduire fortement les dépenses en matière de soins de santé et d'installations hospitalières. Les dépenses en services médicaux des habitants de Terre-Neuve sont les plus basses du Canada: elles s'élevaient à 107\$ par personne en 1982, la moyenne pour le Canada s'établissant, pendant la même période, à 178\$.

Dans de nombreuses régions de la province, les hôpitaux ne disposent pas de suffisamment de fonds, ce qui ressort clairement des longues listes d'attente. C'est ainsi qu'il faut compter jusqu'à 4 mois pour subir l'opération du pontage coronaire. Il a également fallu supprimer des lits: 190 lits de

[Text]

and-a-half-month period this past summer. Surgical cases have been cancelled or postponed due to lack of facilities and staff, such as OR space and intensive-care units. Hospital budget deficits are widespread. This subject was raised by the Newfoundland Hospital Association in a recent brief to a local royal commission in Newfoundland.

Added to this, we have manpower problems. The cut-backs have caused much-needed specialists to leave our province. Recently, anaesthesia has lost six men and there are another two about to leave. We have also lost four radiologists in the past year; two surgeons have left; and in obstetrics and gynaecology we have lost eight in the past four years and three more in the past fifteen months. These recent departures from our province include native sons who we had hoped would stay around once they had been trained. We have had manpower problems prior to these cutbacks, especially in the specialty areas. The specialist population ratio in Newfoundland is 1 per 2,100; the national average is 1 per 1,200. So we need approximately 159 new specialists to reach the Canadian average. Another problem that we have is that 47% of our specialists are over the age of 50.

• 0920

Mr. Chairman, one of the primary objectives of the proposed Canada Health Act is to facilitate reasonable access to the health services without financial barriers or other impediments. Newfoundlanders who must seek specialists' care outside our province must do so at their own expense. In some instances, the service is not available in our province.

Another area of concern is the aging population. Hospitals and nursing homes are not operating efficiently. Many approved services have been curtailed because of underfunding. The hospitals are increasingly crowded with elderly patients who do not require acute hospital care and who would be better cared for in the community if the proper facilities were available. An appendix to our brief from the Newfoundland Chapter of the College of Family Practice addresses this problem.

Mr. Chairman, in conclusion, we have attempted to point out in our brief some of the serious underfunding and manpower shortages and their effect on reasonable access to the medical services, as well as the crying need for adequate facilities for the care of the aging population.

We would like to thank you and the committee members for the opportunity to present our views on this very important subject.

The next speaker will be Dr. Collin McMillan of the Prince Edward Island Medical Society.

[Translation]

soins tertiaires ont dû être supprimés l'été dernier à Saint-Jean, pendant une période de 3 mois et demi. Il a fallu annuler ou reporter des opérations en raison du manque d'installations—pas assez de salles d'opérations et de salles de soins intensifs, par exemple—et de la pénurie de personnel. Les budgets d'un grand nombre d'hôpitaux sont en déficit. Cette question a été récemment soulevée par l'Association hospitalière de Terre-Neuve dans un mémoire présenté à une commission royale locale à Terre-Neuve.

En outre, nous avons des problèmes de main-d'oeuvre. Les compressions de budget ont amené beaucoup de spécialistes très en demande à quitter notre province; c'est ainsi que nous avons perdu 6 anesthésistes et qu'il y en a 2 autres sur le point de partir. L'an dernier a également vu le départ de 4 radiologues, de 2 chirurgiens et dans les 4 dernières années, nous avons perdu 4 spécialistes d'obstétrique et de gynécologie, et 3 autres au cours des 15 derniers mois. Au nombre de ces départs figurent des gens du pays, que nous espérions voir rester parmi nous après la fin de leurs études. Nous connaissons déjà des problèmes de personnel avant ces compressions budgétaires, en particulier dans les spécialisations. La proportion de spécialistes par rapport à la population de Terre-Neuve est de 1 pour 2,100, alors que la moyenne nationale s'établit à 1 pour 1,200 habitants. Nous avons donc besoin d'environ 159 nouveaux spécialistes pour atteindre la moyenne canadienne. Autre difficulté, 47 p. 100 de nos spécialistes ont plus de 50 ans.

Monsieur le président, l'un des principaux objectifs du projet de la Loi canadienne sur la santé est d'améliorer l'accès aux services sans empêchements d'ordre financier ou autre. Les Terre-Neuviens qui doivent consulter un spécialiste à l'extérieur de la province, doivent le faire à leurs propres frais, et il arrive que la province ne puisse offrir ces services.

Une autre question s'annonce difficile, celle d'une population vieillissante. Les hôpitaux et les maisons de convalescence ne fonctionnent pas de façon efficace; de nombreux services ont dû être supprimés faute de fonds. Or, les hôpitaux sont de plus en plus occupés par des malades âgés dont l'état de santé ne justifie pas la présence dans un hôpital de soins actifs, et dont on saurait beaucoup mieux s'occuper dans la collectivité si les installations nécessaires existaient. Vous trouverez en annexe à notre mémoire de la section de Terre-Neuve du *College of Family Practice*, qui traite de cette question.

En conclusion, monsieur le président, nous nous sommes efforcés, dans notre mémoire, d'illustrer certains des graves problèmes de sous-financement et de pénurie de personnel et la façon dont ces problèmes perturbent l'accès aux services médicaux, ainsi que le besoin urgent d'établissement de soins destinés aux personnes âgées.

Nous voudrions vous remercier, vous et les membres du Comité, de nous avoir permis de vous exposer notre point de vue sur ce sujet fort important.

La parole est maintenant au Dr Collin McMillan, de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard.

[Texte]

Dr. C. McMillan (Executive Committee, Prince Edward Island Medical Society): Mr. Chairman and members of the standing committee, on behalf of the Prince Edward Island Medical Society I wish to express appreciation for the opportunity to share our concerns here today in relation to Bill C-3. We feel the groundwork for our concerns has been well set by the Canadian Medical Association and other provincial groups. And we wish, I assure you quite briefly, Mr. Chairman, to outline four areas of concerns in relation to the discussion today.

First of all, as practising physicians, we feel every day in our offices, hospitals, clinics and community-care chronic facilities that much of the emphasis and debate in relation to health care funding has been on the supply side rather than on the demand side, and that any considerations of the mechanisms of funding must realistically consider the demands. We live in a province that has roughly 12.5% of the population over 65, the national average being roughly 9%. We perceive that these and other factors will lead to increasing demands on our health care system with a rapidly aging population and an increasingly sophisticated public and patient clientele.

Second, we have manpower problems that are analogous to what you have heard earlier. We have 48% of our active practising physicians over the age of 50 and yet only 14% of our physicians under the age of 35, two-thirds the national average.

Third, we have sustained in our province over the last few years a very substantial increase in out-of-province costs. Some of this relates to tertiary care not available in our province, but a substantial amount of it relates to care not available in our province that would otherwise be there if we had the technology and manpower to handle it.

In addition to the out-of-province costs, there is a very direct hidden user fee, because often the cost in logistics of families, their relatives and friends going out of the province is borne directly by the patient, and often without any real advance warning or planning. This relates to travel, ambulance services, lodgings, whatever.

Finally, sir, commensurate with the demand of manpower and out-of-province costs, there is the fact that we have a very grave problem of which you may hear more in relation to upgrading the technology in the province and maintaining it. Recently, decisions have been made locally, for fiscal reasons, that all local technology will be borne by the private sector, that hospitals in our province will no longer be able to depreciate the cost of current technology against their operating costs in relation to funding. Just a month ago, the hospital administrators for our province presented a 23-page brief to the Task Force on Allocation of Health Care Funding, where they outlined, essentially, the underfunding issue as it relates to our province. We feel the best case that could be

[Traduction]

Dr C. McMillan (comité exécutif, Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard): Monsieur le président, messieurs les membres du Comité permanent, au nom de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard, je voudrais vous remercier de nous avoir donné la possibilité de venir vous exposer les réflexions que suscite le projet de loi C-3. L'Association canadienne médicale, ainsi que d'autres groupes provinciaux, ont déjà jeté les jalons et nous voudrions simplement, et très brièvement, monsieur le président, parler de quatre questions liées à la discussion d'aujourd'hui.

Tout d'abord, en tant que médecins en fonction, nous sommes conscients chaque jour, dans nos bureaux, hôpitaux, cliniques et établissements de soins chroniques, que la discussion est l'accent en matière de financement des soins médicaux a davantage porté sur l'aspect de l'offre que sur celui de la demande, et que toute étude du mécanisme du financement doit, pour être réaliste, examiner la demande. Nous vivons dans une province dont environ 12,5 p. 100 de la population a plus de 65 ans, la moyenne nationale s'établissant à environ 9 p. 100. Ce facteur, et d'autres encore, imposera une charge de plus en plus lourde à notre système de soins médicaux, avec une population rapidement vieillissante, et une clientèle de malades, et d'une façon générale, un public de plus en plus conscient des progrès de la médecine.

Nous connaissons, en deuxième lieu, des problèmes de main-d'oeuvre analogues à ceux dont vous avez entendu parler. Nous comptons, parmi nos collègues en fonction, plus de 48 p. 100 qui ont plus de 50 ans, avec seulement 14 p. 100 en-dessous de l'âge de 35 ans, soit deux tiers de la moyenne nationale.

En troisième lieu, nous avons subi au cours des dernières années, dans notre province, une augmentation très marquée des coûts à l'extérieur de la province. Très souvent il s'agit de soins tertiaires que l'on ne trouve pas chez nous, mais pour une part très considérable, il s'agit de soins qui ne sont pas disponibles dans notre province mais qui le seraient si nous avions la technique et le personnel pour les dispenser.

A ces coûts à l'extérieur de la province s'ajoutent des frais modérateurs cachés mais très directs, parce que très souvent c'est le malade qui supporte directement les frais parce que les familles, les parents et les amis doivent se rendre dans une autre province—frais de déplacement, ambulances, hébergement et autres—et ceci souvent sans possibilité de se préparer, sans aucun préavis.

Enfin, monsieur, nous connaissons, parallèlement à la question des frais médicaux hors province et des problèmes de personnel, un autre problème grave dont vous entendrez peut-être davantage et qui porte sur la modernisation de la technologie dans notre province et sur la difficulté de la maintenir à jour. Il a été récemment décidé, au plan local, et pour des raisons financières, que toute la technologie devrait être financée par le secteur privé, que les hôpitaux de notre province ne seront plus en mesure, pour le financement, de passer en charges à titre d'amortissement les frais de modernisation de la technologie ou les soustraire du budget de fonctionnement. Il y a un mois, les administrateurs d'hôpitaux de notre province ont présenté un mémoire de 23 pages au groupe de travail sur la répartition du financement pour les

[Text]

made, certainly in our province in relation to funding, could be made by this particular brief.

• 0925

In summary, sir, we feel that our concerns in relation to increased demands, our ongoing manpower situation, our increasing out-of-province costs with the hidden user fee, as well as our whole concern about technology, underlie not only the perceived 15% to 20% shortfall in relation to funding in the Atlantic area, but particular areas of relevance not only to our province but to the funding of health care in general, not only at the present but in the future.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. McMillan. We will go on to Nova Scotia.

Dr. R.D. Saxon (President, Medical Society of Nova Scotia, Canadian Medical Association): Good morning, Mr. Chairman and committee members. At the outset, I would like to thank the committee chairman and all members for allowing Nova Scotia to present a brief to you today. We see this as an important and significant opportunity for our association to make constructive comments and reasonable recommendations, which we feel will avoid problems that could result from the passage of Bill C-3 as it is presently written.

Mr. Chairman, with your permission I would briefly highlight some of the aspects of our brief and present our recommendations for your review. Before doing so, I would like to state that the medical profession in my province do not see the necessity for a Canada Health Act. The record of Nova Scotia's medical care program speaks for itself. We have a successful program in Nova Scotia. To a large degree, the success of medicare in my province has been a result of a co-operative effort of the profession and the provincial government. This is a widely recognized relationship and also an indisputable fact. So you see, Mr. Chairman, that is why we have questions about how the changes resulting from Bill C-3 will improve our health care program. We recognize that only time will tell if indeed this legislation was worthwhile or required.

However, Mr. Chairman, while we recognize the fact that there is a difference of opinion on this matter, we also accept the responsibility both to the public and our patients to ensure that Bill C-3 is a good Bill, particularly because of our extensive knowledge and hands-on experience in the medical care program. That is why we came here today.

As we stated in our application to your committee, Mr. Chairman, we wish to make constructive recommendations to the committee, which we feel will make Bill C-3 a better Bill,

[Translation]

soins de santé, mémoire dans lequel ils soulignent essentiellement les aspects du sous-financement qu'on retrouve dans notre province. Nous estimons que les meilleurs arguments, certainement en ce qui concerne notre province, sur le financement, se trouvent dans ce mémoire particulier.

En résumé, monsieur, nous estimons que nos préoccupations sur la demande accrue, sur la pénurie permanente de personnel, sur l'augmentation des frais hors-province, à cause des frais modérateurs cachés, ainsi que toutes nos inquiétudes quant à la technologie, sont responsables du déficit de 15 à 20 p. 100 non seulement dans la région de l'Atlantique, mais plus particulièrement de toute province, mais dans l'ensemble des soins de santé, à l'heure actuelle et dans l'avenir.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, Dr. McMillan. Nous allons maintenant passer à la Nouvelle-Écosse.

Dr R.D. Saxon (président, Société médicale de la Nouvelle-Écosse, Association médicale canadienne): Bonjour, monsieur le président, membres du Comité. Au départ, je tiens à remercier le président et tous les membres du Comité d'avoir permis à la Nouvelle-Écosse de présenter aujourd'hui un mémoire. Notre association y voit l'excellente occasion de formuler des remarques constructives et des recommandations raisonnables en vue, à notre avis, d'éviter les problèmes que pourrait entraîner l'adoption du Bill C-3 dans sa forme actuelle.

Monsieur le président, avec votre permission, j'aimerais souligner brièvement certains des aspects de notre mémoire et vous présenter pour étude nos recommandations. Auparavant, j'aimerais affirmer que la profession médicale dans ma province ne voit pas la nécessité d'une Loi canadienne sur la santé. Le dossier du programme de soins médicaux en Nouvelle-Écosse parle de lui-même. Notre programme, en Nouvelle-Écosse, a connu beaucoup de succès. Dans une grande mesure, ce succès dans ma province provient de l'effort de coopération entre la profession et le gouvernement provincial. Cette relation est largement admise tout en constituant un fait indiscutable. C'est pourquoi, voyez-vous, monsieur le président, nous avons des questions sur la façon dont les modifications qu'entraînerait le Bill C-3 amélioreront notre régime de soins de santé. Nous admettons que c'est seulement avec le temps que nous verrons si ce projet de loi était digne d'intérêt ou nécessaire.

Néanmoins, monsieur le président, bien que nous admettions le fait qu'il existe des divergences à ce sujet, nous acceptons également la responsabilité, face au public et face à nos patients, de nous assurer que le Bill C-3 est un bon projet de loi, surtout à la lumière de toutes nos connaissances et de notre expérience pratique dans le cadre du Régime de soins de santé. C'est pourquoi nous sommes venus ici aujourd'hui.

Comme nous l'avons affirmé dans notre demande de comparution, monsieur le président, nous souhaitons transmettre des recommandations constructives à votre Comité, lesquelles à notre avis amélioreront le Bill C-3 en évitant des

[Texte]

avoiding problems that we are confident are not the intention of the government.

In our brief, we have recognized that there is a need for changes in Nova Scotia's health care programs, changes that we feel would make them more efficiently and effectively meet the needs of the public. We have thus recommended, on page 7, that there is a need for studies that would provide the data needed to ensure that the changes made are good changes, and that the Bill be amended to establish a timetable for initiating the process that was referred to in article 15 of the preamble.

We believe these changes are needed and are widely supported by both the public and many other health care professionals.

Mr. Chairman, we have also recognized that good relations between government and health care professionals are critical to providing quality health care to the public. This is an indisputable fact. In this regard, I am concerned that, while Bill C-3 is intended to remove extra-billing in our province, it fails to recognize the need to establish a fair process by which physicians can negotiate in good faith for reasonable settlements with their provincial governments after the removal of extra-billing—our only real negotiating tool. We have recommended that the Bill be amended in this regard.

To compound our concerns, I have also noted the proposal by the provinces to remove the references to reasonable compensation for physicians and adequate funding for hospitals from Clause 12. This proposal is unreasonable, to say the least. The request is of particular concern, not only from the medical profession's standpoint but also that of all other health care professionals. The proposal to delete the word "adequate" from Clause 12 should be of particular concern to the public, as it will not only affect the facilities available, or underfunding, if you like, but more importantly a number of personnel needed to operate a hospital. When you consider that some 70% of the costs involved in the hospital component of health care in our province is personnel related, the deletion could have serious implications for all our health personnel, such as the nurses, physiotherapists, technicians, psychologists . . . just to name a few.

• 0930

In this regard we have recommended that the Minister of National Health and Welfare and all Members of Parliament reject in the strongest terms this unreasonable request by the provinces. We would be interested in hearing the views of the committee members on this particular point.

To sum up, I again thank you, Mr. Chairman, and all members of the committee for allowing us the opportunity to speak on this important piece of legislation. We have attempted to make constructive and reasonable comments on

[Traduction]

difficultés que ne souhaite nullement le gouvernement, nous en sommes persuadés.

Dans notre mémoire, nous admettons qu'il faut des changements dans le Régime de soins de santé de la Nouvelle-Écosse, changements que nous estimons nécessaires afin de le rendre plus efficace et de mieux répondre aux besoins du public. Nous avons donc recommandé, à la page 7, qu'il faut étudier la question afin de recueillir les données nécessaires afin de nous assurer que les changements sont bons et que le projet de loi soit modifié de façon à établir un échéancier visant l'instauration du processus dont il est question à l'article 15 du préambule.

Nous croyons que ces modifications sont nécessaires et que le public et de nombreux autres professionnels de la santé les appuient dans une large mesure.

Monsieur le président, nous admettons également que les bonnes relations entre le gouvernement et les professionnels de la santé sont essentielles afin d'offrir des soins de santé de qualité au public. À cet égard, je me préoccupe que bien que le Bill C-3 ait pour intention d'éliminer la surfacturation dans notre province, on n'y reconnaît pas la nécessité de mettre en place un processus juste qui permette aux médecins de négocier, de bonne foi, des règlements raisonnables avec leurs gouvernements provinciaux après l'élimination de la surfacturation—notre seul outil réel de négociation. Nous avons recommandé que le projet de loi soit modifié à cette fin.

Et voici pour s'ajouter à nos préoccupations, que les provinces proposent d'éliminer toute mention de rémunération raisonnable pour les médecins et de financement adéquat pour les hôpitaux à l'article 12. Cette proposition est peu raisonnable, c'est le moins qu'on puisse dire. La demande nous préoccupe particulièrement, non seulement nous de la profession médicale, mais également tous les autres professionnels de la santé. La proposition visant à rayer l'expression «raisonnable» à l'article 12 devrait préoccuper particulièrement le public, car non seulement cela pourrait influencer les services disponibles ou le sous-financement, si vous voulez, mais encore plus important, le nombre de personnes nécessaires à faire fonctionner un hôpital. Lorsque l'on songe que quelque 70 p. 100 des coûts associés aux soins de santé dans un hôpital dans notre province sont liés au personnel, la suppression de cette expression pourrait comporter de graves répercussions pour tout notre personnel de la santé, tel que les infirmières, les physiothérapeutes, les techniciens, les psychologues—pour n'en nommer que quelques-uns.

Dans ce contexte, nous avons recommandé que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et tous les députés du Parlement rejettent de la façon la plus ferme cette demande excessive des provinces. Nous sommes curieux de connaître les opinions des membres du Comité à ce sujet.

En résumé, je tiens à vous remercier encore, monsieur le président, vous et tous les membres du Comité de nous avoir donné l'occasion de vous adresser la parole sur ce projet de loi important. Nous avons essayé de faire des remarques construc-

[Text]

Bill C-3 and we look forward to discussing those with you. Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Saxon.

We particularly appreciate the excellent briefs from Nova Scotia and Newfoundland. I realize that you all did not have a very great opportunity to get your briefs prepared, but again thank you very much for coming.

We will go on until about 10 o'clock with the Atlantic medical associations.

We will start with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman, and I am going to be very quick in my comments or in my questions today.

Dr. Saxon, on page 8 following your recommendations starting from page 7 you make the point that:

... the Government of Canada should remove block funding and re-establish health care funding, cost-shared and designated to specific programs.

Have you checked with the Government of Nova Scotia on whether that is acceptable to them?

Dr. Saxon: Yes. I think on several occasions our Minister has written to the federal Minister and recommended that they go back to specific program funding.

Mr. Epp: Would you accept block funding plus targeting for specific programs?

Dr. Saxon: I would say no. I think even going back to 1977 the original government was against going into block funding. Our present government is also against it. The medical society feel that specific aiming of moneys is needed in the plan.

Mr. Epp: I believe Nova Scotia has a special arrangement in the agreements the medical profession makes with the provincial hospital commission in which you are entitled to balance-bill beyond what you are reimbursed from the provincial commission. Could you explain for the committee your configuration?

Dr. Saxon: The medical society and the government in Nova Scotia negotiate a fee for a service. In the original agreement, when medicare came in, the government would pay 85% of that fee. In the legislation we have a right to balance-bill or extra-bill, whatever it is called. A doctor in Nova Scotia, though, presumably because of the national Combines Investigation Act, can set his own fee for that service. He may then extra-bill or bill up to his fee the difference between the 85% the government is paying and his fee. Normally, in the gross majority, the fee is just that 15% or less. A few would bill above the 15% amount.

Mr. Epp: I wanted to look at that 15% because it is a different configuration from that of most other provinces that have extra-billing. You say today that the majority of doctors

[Translation]

tives et raisonnables sur le Bill C-3, et c'est avec plaisir que nous envisageons d'en discuter avec vous. Merci.

Le président: Merci, docteur Saxon.

Nous sommes tout particulièrement heureux des excellents mémoires de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve. Je me rends bien compte que vous n'avez pas eu beaucoup de temps pour préparer vos mémoires, mais encore une fois, je vous remercie infiniment d'être venus.

Nous allons entendre les associations médicales de l'Atlantique jusqu'à 10 heures.

Nous allons commencer par M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président, et je serai très bref dans mes remarques ou mes questions aujourd'hui.

Docteur Saxon, à la page 8, à la suite des recommandations qui commencent à la page 7, vous faites remarquer que:

... le gouvernement du Canada devrait abolir le financement-bloc et remettre en place le financement des soins de santé à coût partagé dans le cadre de programmes précis.

Avez-vous vérifié avec le gouvernement de la Nouvelle-Écosse si cela lui était ou non acceptable?

Dr Saxon: Oui. Je crois qu'à plusieurs reprises, notre ministre a écrit au ministre fédéral pour lui recommander qu'on reprenne le financement de programmes précis.

M. Epp: Seriez-vous disposés à accepter le financement en bloc assorti d'objectifs pour des programmes précis?

Dr Saxon: Je dirais que non. Je crois que même en remontant à 1977, le gouvernement de l'époque s'opposait au financement en bloc. Notre gouvernement actuel s'y oppose également. La société médicale estime qu'il faut que l'argent soit alloué dans des buts précis dans le cadre du régime.

M. Epp: Je crois que la Nouvelle-Écosse jouit de dispositions spéciales dans les ententes que la profession médicale conclut avec la commission provinciale des hôpitaux qui vous permettent de surfacturer au-delà de ce que la commission provinciale vous rembourse. Pourriez-vous expliquer au Comité comment cela fonctionne?

Dr Saxon: La société médicale et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse négocient les honoraires pour un service. Dans le cadre de l'entente originale, lors de la mise en place de l'assurance-maladie, le gouvernement versait 85 p. 100 de ces honoraires. En vertu de la loi, nous avons le droit de facturer ou de surfacturer, selon l'expression qu'on veut utiliser. Un médecin en Nouvelle-Écosse cependant, et je présume que c'est à cause de la Loi nationale relative aux enquêtes sur les coalitions, peut fixer ses propres honoraires pour ce service. Il peut alors surfacturer ou facturer jusqu'au montant de ses honoraires c'est-à-dire la différence entre les 85 p. 100 que verse le gouvernement et ses honoraires. Normalement, dans la grande majorité des cas, ces honoraires sont de 15 p. 100 ou moins. Quelques factures dépasseraient ce montant de 15 p. 100.

M. Epp: Je voulais parler de ces 15 p. 100, car c'est là un mécanisme différent de ce que l'on retrouve dans la plupart des autres provinces où il y a surfacturation. Vous dites

[Texte]

who would bill beyond the 85% level would bill up to maximizing the 15% only. You have had communication with your provincial Minister in which he has stated that the approximately \$1.4 million, which I believe now is that 15%—it is very low—that legislation will have to be passed; in other words, that Nova Scotia cannot afford that system or to reimburse that difference from the 85% to the fee schedule of 100%.

Are you in a position at all to give us an outline of those discussions, and do you feel that is the route Nova Scotia will go?

Dr. Saxon: Well . . .

Mr. Epp: Excuse me for interrupting. I ask because I do not believe the Minister for Nova Scotia has asked to appear.

Dr. Saxon: Yes. Mr. Chairman, the \$1.4 million is low. I think that was quoted. Extra-billing in Nova Scotia is closer to \$4 million a year. We have had discussions. The Minister has said he will negotiate with us or legislate. This does leave some leeway in that regard in that if the doctors themselves decide that extra-billing does not amount to a considerable amount of money, or a significant amount, therefore if we voluntarily do away with extra-billing will that let the legislation lie—do without legislation? There are several other options than that, but . . .

• 0935

Mr. Epp: If I could have one quick question, Dr. McMillan, I want to take you up on your second point. I must admit, while you and I have not met, I think some of your thoughts had been transmitted to me earlier.

What I would like to ask concerns this whole manpower question. Medical professionals put the case before us there is not the professional freedom . . . I have a fair amount of empathy with that position, quite apart from whether or not that physician extra-bills. I am not talking about the extra-billing because that can become a very emotional issue, but I am talking about the professional freedom of decision-making for the individual. What recommendations do you have to the committee, keeping in mind obviously the provincial government's primacy in terms of manpower and the manner in which the system is organized, that doctors and specialists are willing—and I am not trying to be deprecating in any way—to go the Prince Edward Islands, the northern Manitobas and the northern Ontarios? I just use those as examples rather than pinpointing why people might not want to practise in those areas.

What is the solution? Is the right to extra-bill, in fact, a solution, or must we not find a different solution? To my way of thinking, that is not a solution for that specific problem you mention in number two.

Dr. McMillan: I did not mention it, sir, in the context of extra-billing.

[Traduction]

qu'aujourd'hui la majorité des docteurs qui facturent pour le solde au-dessus des 85 p. 100, s'en tiendraient à ce maximum de 15 p. 100. Vous avez appris de votre ministre provincial, qu'il s'agit environ de 1.4 million de dollars, ce qui représente ces 15 p. 100 je crois—et c'est très faible—et qu'il faudra modifier la loi; en d'autres termes, la Nouvelle-Écosse ne peut se permettre de rembourser la différence entre les 85 p. 100 des honoraires et les 100 p. 100 du barème.

Êtes-vous en mesure de nous résumer ces discussions, et pensez-vous que c'est l'option que choisira la Nouvelle-Écosse?

Dr. Saxon: Eh bien . . .

M. Epp: Excusez-moi de vous interrompre. Si je pose la question, c'est que je crois que le ministre de la Nouvelle-Écosse a demandé à comparaître.

Dr. Saxon: Oui. Monsieur le président, ce chiffre de 1.4 million de dollars est faible. C'est le chiffre qui a été cité. Toutefois, la surfacturation en Nouvelle-Écosse se rapproche plutôt des 4 millions de dollars par année. Nous avons eu des entretiens. Le ministre a déclaré qu'il va négocier avec nous ou légiférer. Cela nous laisse un peu de jeu en ce sens que si les médecins eux-mêmes décident que la surfacturation ne représente pas une somme considérable, ou représente une somme insignifiante, nous abolirons volontairement la surfacturation ce qui éliminera la nécessité d'une loi—nous nous passerons de loi? Il existe plusieurs autres options, mais . . .

M. Epp: Si vous voulez bien me permettre de vous poser une question rapide, docteur McMillan, j'aimerais revenir sur votre deuxième point. Je dois reconnaître que bien que vous et moi ne nous sommes pas déjà rencontrés, je crois que certaines de vos réflexions m'ont déjà été transmises.

Ce que j'ai à vous demander porte sur toute cette question du personnel. Les professionnels de la santé nous ont fait valoir que s'il n'y a aucune liberté professionnelle . . . j'ai une certaine sympathie pour cette position, sans tenir compte le moindrement de savoir si ce médecin surfacture ou non. Je ne parle pas de la surfacturation, car cette question peut provoquer des réactions émotives, mais je parle de la liberté professionnelle qu'a l'individu de prendre des décisions. Quelles recommandations avez-vous à notre intention, compte tenu que manifestement, c'est le gouvernement provincial qui a primauté en ce qui concerne le personnel et l'organisation du régime, et que les médecins et spécialistes ne sont pas disposés—et je n'essaye pas du tout d'être insultant—d'aller à l'Île-du-Prince-Édouard, au nord du Manitoba et de l'Ontario? J'utilise simplement ces exemples pour essayer de voir pourquoi les gens ne veulent pas exercer leurs professions dans ces régions.

Quelle est la solution? Est-ce que le droit de surfacturer constitue en fait une solution, ou devons-nous trouver une solution différente? À mon avis, ce n'est pas là la solution au problème précis que vous mentionnez au numéro 2.

Dr. McMillan: Je n'en parlais pas, monsieur, dans le contexte de la surfacturation.

[Text]

Mr. Epp: I understand.

Dr. McMillan: I think it is part of a broader problem of the concept of professional freedom and independence to practise in co-operative harmony in relation to your patients, your institutions and government.

The whole manpower area in relation to northern provinces or the Atlantic area also has a large socio-economic component, and we feel that in the Atlantic area, probably in the long term, particularly with some projected cutbacks and manpower planning, we would like to try to convince our own graduates who go away, in the main to Dalhousie and Memorial, to consider coming back to our own provinces to do family practice in the rural areas or to go into specialty groups. However, unless we are able to keep and maintain a professional, economic, social climate within our province which will support this, the economic and social factors are simply that they will go elsewhere, where that climate in their own minds exists better than it does in their own province.

This is our problem. Our biggest export in the Maritimes and in Prince Edward Island is manpower, and it has been traditionally so, particularly in the medical profession.

Mr. Epp: I would like to pursue that, but I do not have time. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would just like to say that many of us around here, who might not otherwise agree with you on some points, agree with you about the limitations of the proposed Canada Health Act, that it does not address the funding question in the larger sense in which you have brought it up, etc. We have made those criticisms ourselves. So you are not without allies, so to speak, on the question of what the Bill does not do, although there seems to be an implicit connection in your analysis and in the analysis of The Canadian Medical Association between the continued allowance of extra-billing, such as it is in the Atlantic provinces, which I admit is not as great as it is elsewhere, and addressing the problems of long waiting lists, etc., to get into hospital or whatever.

I do not understand the connection. I do not understand how not passing the proposed Canada Health Act will help alleviate the waiting list. Are they two completely separate issues as far as you are concerned?

Dr. J. Kazimirski (Honorary Secretary, MSNS, The Canadian Medical Association): Excuse me, Mr. Chairman, is this question being addressed to anyone specifically?

Mr. Blaikie: Whoever. I do not want to hear from all of you, but . . .

[Translation]

M. Epp: Je comprends.

Dr. McMillan: Je crois que cela fait partie d'un problème plus vaste qui se situe au niveau du concept de la liberté de l'indépendance professionnelle d'exercer sa profession en harmonie coopérative avec vos patients, vos institutions et le gouvernement.

Toute la question du personnel dans le nord des provinces ou dans la région de l'Atlantique comporte également un grand élément socio-économique, et nous estimons que dans la région de l'Atlantique, à long terme probablement, et plus particulièrement suite à certaines diminutions prévues et à la planification du personnel, nous aimerions essayer de convaincre nos diplômés qui s'en vont, dans l'ensemble à Dalhousie et à Memorial, de songer à revenir dans nos provinces pour faire de la médecine familiale dans les régions rurales ou de s'intéresser à des groupes particuliers. Toutefois, à moins que nous puissions garder et maintenir un climat professionnel, économique et social au sein de notre province qui appuie ce retour, le fait économique et social est que tout simplement ils vont aller ailleurs, là où ils pensent que le climat sera meilleur que dans leur propre province.

C'est là notre problème. Notre plus grand produit d'exportation dans les Maritimes et à l'Île-du-Prince-Édouard, c'est le personnel, et ce depuis toujours, surtout dans la profession médicale.

M. Epp: J'aimerais poursuivre dans la même veine, mais je n'ai plus de temps. Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais tout simplement dire que nombre d'entre nous ici qui ne seraient peut-être pas d'accord avec vous sur d'autres points, reconnaissent avec vous des limitations à ce projet de loi sur la santé, qu'il n'y est pas question du financement au sens large que vous avez abordé, etc.. Nous avons formulé nous-mêmes ces critiques. Donc vous n'êtes pas sans alliés, façon de parler, sur la question de ce que le projet de loi ne fait pas, bien qu'il semble y avoir dans votre analyse et dans l'analyse de l'Association médicale canadienne un lien implicite entre la continuation de la surfacturation tel que pratiquée dans les provinces de l'Atlantique, c'est-à-dire sur une moins bien grande échelle qu'ailleurs je dois le reconnaître, et le fait de régler les problèmes d'énormes listes d'attente, etc, pour entrer dans les hôpitaux ou que sais-je.

Je ne comprends pas ce lien. Je ne comprends pas comment en n'adoptant pas le projet de loi, cela aidera à diminuer les listes d'attente. S'agit-il de deux questions complètement distinctes en ce qui vous concerne?

Dr. J. Kazimirski (secrétaire honoraire, Association médicale de la Nouvelle-Écosse, Association médicale canadienne): Excusez-moi, monsieur le président, est-ce que l'on pose la question à quelqu'un en particulier?

M. Blaikie: À n'importe qui. Je ne veux pas que vous répondiez tous, mais . . .

[Texte]

The Chairman: I guess that is your answer. Who would like to answer that?

Dr. Hogan: I can answer for Newfoundland. They go hand-in-hand; you must have the physicians to provide the service. If those physicians perceive there is underfunding and there will be no place to work, or the amount of work they will be able to do will be only half what they could do somewhere else, they are not going to come.

• 0940

I mentioned earlier the situation with regard to hospital waiting-lists and such things as having to wait four months to have a coronary-artery bypass done. This is not because the surgeons cannot do the work, but because the operating room space and the intensive care units are not available because of underfunding; these areas are not staffed adequately, this applies all across the spectrum. You are not going to get people to come if they are not going to be able to do the work they were trained to do.

Mr. Blaikie: I understand the manpower shortage related to the underfunding. What I do not understand is, for instance, what extra-billing does exist in Newfoundland . . .

Dr. Hogan: There is none.

Mr. Blaikie: None! Then how does the Canada Health Act impinge upon that problem?

Dr. Hogan: It impinges on the problem in that it tells the province which way they cannot raise funds, but at the same time does not provide extra funds to make up for what they cannot raise by other means, such as user-fees. As Mr. House pointed out, it is only a matter of \$1 million dollars in Newfoundland, but it certainly makes a big difference as far as providing services is concerned. He mentioned the air-ambulance service costing \$1.5 million. This is probably one service that may bite the dust if all our funding is not available.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, one other question having to do with something I think is interesting. I did not have an opportunity to comment on this when the CMA was here because I was commenting on other things. But the traditional constitutional argument put forward by the medical association seems to have gone askew because we have here, for instance, the the Medical Society of Nova Scotia advocating that the federal government keep the stronger role—imbedded in the draft of the Canada Health Act or the proposal we have now . . . for itself by keeping the words “reasonable and adequate” when it would seem to me that at least a year ago, or maybe even six months ago, the notion that the federal government should dictate to the provinces what constitutes adequate and reasonable would have brought all kinds of fulminations forward about the federal government intruding into provincial jurisdiction. At least you have to admit the ironic phenomenon, given some of the rhetoric of the CMA, where you are coming forward and saying: No, we want the federal government to keep a strong hand in that provincial jurisdiction and make it possible for people to appeal above,

[Traduction]

Le président: Je suppose que ce sera votre réponse. Qui aimerait donner la réponse?

Dr Hogan: Je peux répondre pour Terre-Neuve. Ces deux aspects vont de pair; il vous faut des médecins pour offrir les services. Si ces médecins ont l'impression qu'il n'y a pas assez de financement ou qu'ils ne sauront où aller travailler, ou encore qu'ils pourraient travailler deux fois plus ailleurs, alors, ils ne viendront pas s'établir chez nous.

J'ai parlé plus tôt des listes d'attente des hôpitaux qui obligent parfois les patients à attendre quatre mois avant d'être opérés pour un pontage coronaire. Ce n'est pas parce que les chirurgiens ne peuvent faire le travail, mais plutôt parce que les salles d'opération et les unités de soins intensifs ne sont pas disponibles en raison d'un manque de financement; on y manque de personnel, et cela dans tous les secteurs des hôpitaux. Les médecins ne viendront pas chez nous s'ils ne peuvent faire le travail pour lequel ils ont été formés.

M. Blaikie: Je comprends bien la pénurie de main-d'oeuvre qu'entraîne le manque de financement. Ce que je ne comprends pas, par contre, c'est que la surfacturation existe à Terre-Neuve . . .

Dr Hogan: Elle n'existe pas.

M. Blaikie: Ah bon! Dans ce cas, pourquoi la Loi canadienne sur la santé vous pose-t-elle un problème?

Dr Hogan: Elle pose un problème parce qu'elle empêche les provinces de recueillir des fonds selon certaines méthodes, tout en omettant de les dédommager pour le manque à gagner que représente la suppression des frais modérateurs, par exemple. Comme l'a souligné M. House, ceci ne représente qu'un million de dollars à Terre-Neuve; mais cela fait toute la différence dans le nombre de services offerts. Il a parlé des services d'avion-ambulance qui coûtaient 1,5 million de dollars. Ce service mordra sans doute la poussière si on nous coupe les fonds.

M. Blaikie: Monsieur le président, ma prochaine question porte sur un phénomène intéressant, phénomène que je n'ai pas eu le temps de relever auprès de l'Association médicale canadienne, justement parce que je lui posais d'autres questions. L'argument constitutionnel que met traditionnellement de l'avant l'association médicale semble ici disparaître, puisque la Société médicale de la Nouvelle-Écosse prône ici le maintien du rôle prépondérant du gouvernement fédéral—rôle que le projet de loi enchâsse d'ailleurs—par la conservation des termes «raisonnable» et «convenable». Il me semble qu'il y a peine un an, ou même six mois, la notion voulant que le gouvernement fédéral dicterait aux provinces ce qui constitue les montants convenables et raisonnables aurait suscité chez les provinces un tollé de protestations devant l'ingérence du gouvernement fédéral dans leur propre juridiction. Étant donné certains des arguments de l'Association médicale canadienne, il vous faut reconnaître qu'il est ironique de vouloir demander au gouvernement fédéral de garder la main haute dans cette question de juridiction provinciale pour qu'il soit possible aux citoyens d'en appeler à un tribunal plus élevé

[Text]

beyond or around the provincial governments on the basis of a federal act. Clearly this is contrary to the position that the provinces have in this respect. How do you explain the turnaround?

Mr. D. Balmain (Executive Secretary, New Brunswick Medical Society): Mr. Chairman, there is a number of questions raised there, and I will try to address a couple of them.

The question which was raised earlier about the specific relationship to the Canada Health Act and the medical profession, and why we are raising other issues, I think the major concern we have is that the Canada Health Act will become the essential piece of federal legislation affecting health care. If there is not an opportunity to reflect some of these problems, and assist them in that major piece of legislation, then we have missed the boat. We would suggest that there are significant problems that have to be addressed, and to suggest that we can bypass them and move on to something else I think is perhaps missing the point.

The question raised about the constitutional issue. I think each jurisdiction has a different perspective on what is going on constitutionally in relation to the act. There is a considered opinion that there is indeed an intrusion. I think what you are now seeing from the medical profession is a particular realistic response to the act. We now believe it is something that is going to be pursued vigorously, and the attempt now being made is if the federal government is going to move into these areas—as they suggest through the act—I think the provinces and the professions have to protect themselves as best they can. The suggestion that we are now turning coat, and suggesting that reasonable compensation and adequate funding should be retained, I think is simply an indication of our concern that if there is not some protection offered there, the profession will be unprotected entirely.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. Dr. Lang.

• 0945

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to address my first question to Dr. Morgan, and that is with regard to the problems of accessibility that are being experienced in your province. I wonder if you could give some examples of how service to patients has been curtailed now, and how in the future it may be curtailed, *vis-à-vis* accessibility?

Dr. Morgan: Mr. Chairman, I am happy to address that question. I guess the doctors in New Brunswick, when they first heard about this Bill being introduced, felt there were going to be some problems addressed that we saw as problems, but we are seeing problems addressed that we do not see as problems, and one of the major things is the problem of accessibility related to physician billing. We do not have that problem; it is a non-problem in New Brunswick.

The problem with accessibility in our province is more related to the facilities we have available to treat our patients. I can give you some examples from my own area.

[Translation]

que les provinces, en vertu d'une loi fédérale. N'est-ce pas tout à fait contraire à la position qu'ont exprimée les provinces? Comment expliquez-vous cette volte-face?

M. D. Balmain (secrétaire à l'administration, New Brunswick Medical Society): Monsieur le président, on vient de nous poser plusieurs questions. Je tenterai de répondre à certaines d'entre elles.

On a mentionné plus tôt les liens particuliers qui existaient entre la Loi canadienne sur la santé et les médecins, et on nous a demandé pourquoi on soulevait d'autres questions connexes. Ce qui nous préoccupe le plus, c'est que la Loi canadienne sur la santé est en passe de devenir la loi fédérale de base pour tout ce qui a trait aux soins de santé. S'il ne nous est pas possible de transmettre nos préoccupations à l'égard de cette grande loi, alors, nous aurons raté le coche. Nous pensons qu'il faut d'abord régler certains problèmes de fond; la suggestion de ne pas nous y attarder et de passer à autre chose porte à faux, d'après moi.

Passons maintenant à la question constitutionnelle. Chaque province a sa façon de voir les incidences qu'aura la loi du point de vue constitutionnel. On semble croire qu'il y a en effet intrusion. Mais je pense que vous voyez maintenant les médecins réagir de façon très réaliste au projet de loi. Nous pensons qu'il faut réagir vigoureusement, et si le gouvernement fédéral doit effectivement s'ingérer dans ces domaines, comme le propose la loi, les provinces et les professionnels de la médecine doivent se protéger le mieux possible. Quant à dire que nous changeons notre fusil d'épaule au sujet du maintien d'une rémunération raisonnable et de fonds convenables, cela prouve simplement que nous nous inquiétons devant la possibilité que les médecins ne soient pas suffisamment protégés.

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Je voudrais d'abord interroger le docteur Morgan au sujet des problèmes d'accessibilité que connaît votre province. Avez-vous des exemples où l'on a rogné sur les services à donner aux patients, ou pouvez-vous nous dire si l'accessibilité entraînera une diminution des services?

Dr Morgan: Monsieur le président, je serai heureux de répondre. Lorsque les médecins du Nouveau-Brunswick ont d'abord entendu parler de ce projet de loi-ci, ils ont bien pensé que vous et eux s'entendraient sur certains des problèmes. Mais ils constatent aujourd'hui que ce que vous appelez certains problèmes ne le sont pas du tout pour eux, comme, par exemple, le problème de l'accessibilité par rapport à la facturation du médecin. Cela ne pose absolument pas de problème au Nouveau-Brunswick.

Notre problème d'accessibilité, au Nouveau-Brunswick, découle plutôt du manque d'installations disponibles pour

[Texte]

I practise in Fredericton. We have a relatively new hospital in Fredericton, being about seven years old. The waiting list in that hospital for surgical procedures has gone from about 700, which it was when it opened, to now approximately 2,000. We just do not have the operating space or the funds to open extra ORs and so on to look after that load.

We have problems with our beds. Some of our services of internal medicine and family practice actually have a bed occupancy that is over 100%, meaning that the patients are spilling out into other areas. We have waits for patients in the emergency rooms of up to 36 hours or more to get into the hospital, and indeed we had a situation where patients have actually died in the emergency room, not because they could not . . .

Mr. Breau: In Fredericton; 36 hours in Fredericton?

Dr. Morgan: Yes.

Mr. Breau: I do not believe that, I have been there; I have never waited 36 hours.

The Chairman: Order, order; Dr. Morgan has the floor.

Mr. Breau: I am sorry, Mr. Chairman.

Dr. Morgan: These are the kinds of problems of accessibility that we see.

Now, we are not here, Mr. Chairman, to try to put blame on somebody for this. We see it as a problem, and we would like to have that problem fixed. We do not pretend to have the answers as to how to fix it. That is really something that is not our ball game, if you like, but we have these problems that we would like to have addressed. Those are the kinds of problems that we see in accessibility in our province.

The Chairman: Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

When a system is stretched to the limit, one sometimes is concerned that possibly shortcuts are being taken, not only in history-taking or in physicals or diagnosis or treatment, but in almost all aspects of the system. I wonder if you think that is a fair statement, that shortcuts are being taken in the treatment of patients; if this is a concern for the future, and if so, what the ramifications of this will be for a patient's health?

Dr. Hogan: Excuse me, Mr. Chairman. Is that addressed to anybody in particular?

Mr. Lang: I was addressing it to Dr. Morgan, but anybody can answer.

Dr. Morgan: I think, Mr. Chairman, whenever physicians are faced with problems, especially in hospitals, of needing to get sick people into the hospital, there is a tendency to discharge patients to make beds available. I think we are afraid in our province that maybe in some instances we are forced to discharge patients from hospital before they are

[Traduction]

traiter nos patients. Voici quelques exemples qui proviennent de ma région.

Je pratique à Fredericton, dans un hôpital qui est assez récent et qui date d'environ sept ans. Lors de son ouverture, la liste d'attente comptait 700 patients devant subir une intervention chirurgicale, alors qu'elle est maintenant d'environ 2,000. Nous n'avons tout simplement pas suffisamment de salles d'opération ni les fonds nécessaires pour en ouvrir de nouvelles, ou ouvrir d'autres salles qui nous permettraient de traiter ces patients.

Nous avons même des problèmes avec nos lits, puisque dans certains de nos services de médecine interne et de médecine familiale, le taux d'occupation des lits est de plus de 100 p. 100, ce qui signifie que les patients débordent et doivent être installés dans d'autres ailes. Certains de nos patients en urgence doivent attendre jusqu'à 36 heures ou plus avant d'être admis dans une chambre, et il nous est même arrivé de perdre des patients dans la salle d'urgence, non pas parce que nous n'aurions pas pu . . .

M. Breau: Trente-six heures d'attente à Fredericton?

Dr Morgan: Oui.

M. Breau: Je ne puis le croire. J'y suis déjà allé, et je n'ai jamais attendu 36 heures.

Le président: À l'ordre. Le docteur Morgan a la parole.

M. Breau: Je m'excuse, monsieur le président.

Dr Morgan: Voilà les problèmes d'accessibilité que nous avons.

Monsieur le président, nous ne sommes pas ici pour blâmer qui que ce soit de ce problème. Pour nous, c'est un problème que nous aimerions bien voir résolu. Mais nous ne prétendons pas savoir comment le résoudre. Ce n'est pas vraiment de notre ressort, mais nous aimerions bien voir ces problèmes résolus. Voilà pour les difficultés que pose l'accessibilité dans notre province.

Le président: Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Lorsqu'on atteint les limites d'un système, on a tendance à prendre des raccourcis, pas seulement pour établir le dossier du patient, ou lors de son examen physique, du diagnostic ou du traitement, mais également dans tous les autres aspects. Est-il juste de dire que l'on prend des raccourcis lorsque l'on traite les patients? Cela pourrait-il finir par vous inquiéter? Quelles pourraient être les ramifications pour la santé des patients?

Dr Hogan: Monsieur le président, cette question-ci s'adressait-elle à quelqu'un en particulier?

M. Lang: Je m'adressais au Dr Morgan, mais n'importe qui peut répondre.

Dr Morgan: Monsieur le président, chaque fois que les médecins ont de la difficulté à faire admettre des malades dans les hôpitaux, ils ont tendance à donner leur congé à d'autres patients, afin de libérer des lits. Une de nos inquiétudes, dans notre province, c'est que nous sommes parfois obligés de donner leur congé à des patients avant qu'ils soient prêts à

[Text]

ready, maybe not to the absolute detriment of their health, physically, but certainly, in some instances, mentally.

If I can give you an example. In our hospital the stay following a delivery has now been cut from five days to four days because of the overflow.

• 0950

Girls who are having their first baby and who are trying to breast-feed may have a great deal of difficulty in establishing that, and there is a considerable amount of anxiety associated with that, and they need some instruction and some support. They may be discharged from the hospital—forced to leave the hospital, in fact—because there are no beds in which to put the patients who have delivered within the past 12 hours. So these are post-operative patients being discharged from hospital on the third or fourth day rather than the fourth or fifth day. These are things that happen. In some instances, I guess, we hold our breath and hope nothing will happen when they go home.

I would say the answer to your question, sir, is we are shortcutting in certain areas. We try to be as selective as we can about it so that it is as safe as possible, but we cannot eliminate the possibility of problems with that.

The Chairman: Thank you, Dr. Lang.

Dr. Foster.

Mr. Foster: Mr. Chairman, my question will be to Dr. Saxon.

In your brief in the summation you say you have shown that Bill C-3 is forcing changes on the provincial medical care agreements with the physicians and has ignored the warnings of the federal government for review of the health care system. You go on to say that this failure to recognize Justice Hall's warnings will undoubtedly place some serious questions and strains on the relationship between physicians in Nova Scotia and the provincial government.

I thought when Justice Emmett Hall was before this committee he was saying in no uncertain terms that he supported this Bill and he felt that all the federal government could do was what we are doing in this Bill; that is, making provision to maintain the medicare system by assisting provinces by providing approximately 50% of medicare costs. I really do not understand when you say that Justice Hall would find this Bill unacceptable, because he sat right where Dr. Morgan is and seemed to be saying—to me—that he was supporting this Bill. As a matter of fact, it is my impression that that is one of the main reasons why we have the proposed Canada Health Act before us—because of the very detailed report he did in 1981.

Could you explain that?

Dr. Saxon: Yes, Mr. Chairman. I think Hall has always maintained that there are two sides to this coin. One is the extra-billing and the other is reasonable compensation for

[Translation]

partir, peut-être pas au détriment de leur santé physique, mais parfois au détriment de leur santé mentale.

Voici un exemple. Dans notre hôpital, le séjour qui suit un accouchement est maintenant passé de cinq à quatre jours à cause de l'abondance de patientes.

Vous savez que les femmes qui viennent d'avoir leur premier enfant peuvent avoir beaucoup de difficulté à l'allaiter, ce qui entraîne chez elles beaucoup d'angoisse, et oblige le personnel à les suivre de près et à les aider. L'hôpital leur donne parfois leur congé—il les oblige à partir, en fait—tout simplement parce qu'il n'y a pas assez de lits pour celles qui ont accouché dans les 12 dernières heures. Voilà donc des patientes dans un état post-opératoire qui quittent l'hôpital le troisième ou le quatrième jour, plutôt que le quatrième ou le cinquième. Cela arrive. Dans bien des cas, nous faisons une prière et espérons que tout ira bien à la maison.

Je répondrai donc que nous diminuons les soins dans certains cas, que nous tentons de choisir le mieux possible, afin d'assurer la plus grande sécurité, ce qui n'élimine néanmoins pas la possibilité que des problèmes surgissent.

Le président: Merci, docteur Lang.

Docteur Foster.

M. Foster: Monsieur le président, je m'adresse au Dr Saxon.

Dans la récapitulation de votre mémoire, vous dites avoir prouvé que le projet de loi entraîne des modifications dans les accords provinciaux conclus avec les médecins en matière de soins médicaux et qu'il n'a pas tenu compte des avertissements de la part du gouvernement fédéral de revoir le système de soins sanitaires. De n'avoir pas tenu compte des avertissements du juge Hall, poursuivez-vous, cela entraînera sans aucun doute des remises en question très graves et exercera des pressions sur les liens qui existent entre les médecins de la Nouvelle-Écosse et le gouvernement provincial.

J'avais cru comprendre que le juge Hall avait, devant le Comité, appuyé de façon très claire le projet de loi, et que le gouvernement fédéral avait réagi à la situation de la meilleure façon possible par l'intermédiaire du projet de loi: en effet, ce dernier permettait de maintenir le système d'assurance-santé en aidant les provinces et en payant environ 50 p. 100 des coûts de cette assurance-santé. Je ne comprends pas que vous puissiez dire que le juge Hall trouverait ce projet de loi inacceptable, puisqu'il me semble bien à moi, lorsqu'il était assis à l'endroit où l'est actuellement le Dr Morgan, qu'il l'appuyait au contraire. En fait, il me semble que l'une des raisons principales pour lesquelles nous avons un projet de loi sous les yeux, c'est justement parce qu'il a publié un rapport aussi détaillé qu'il l'a fait en 1981.

Pouvez-vous expliquer cela?

Dr Saxon: Oui, monsieur le président. M. Hall a toujours soutenu qu'il y avait deux côtés à la médaille: la surfacturation, d'une part, et une rémunération raisonnable des services

[Texte]

physicians' services. He has always recognized that the extra-billing was a negotiating tool. If you take this away from physicians, then you must give them something back in lieu of it. This is what we feel should be put into this to reinforce Section 12. If you take away extra-billing, we need something else as a lever to negotiate with our provinces. If we want this Bill C-3 to say, Provinces, you have to negotiate with us now, you must take a fair negotiating process—and if that negotiating process fails, then maybe there should be other paragraphs saying okay, it may go on to arbitration or on to another mechanism. But I think in order to be fair, Justice Hall has always twinned these two together: extra-billing and fair compensation for physicians.

Mr. Foster: I certainly did not get the impression that he was suggesting that the federal government impose that on the provinces. I think he was leaving that up to the ingenuity of the provinces.

I would be interested to know what mechanism—I would assume you would probably agree that British Columbia and Quebec have as good medical care as the Atlantic provinces, and yet they have been able to avoid extra-billing. Would you see the mechanism that is used in those two provinces vis-à-vis the medical profession and the provincial government as being an adequate mechanism to ensure that the profession is adequately compensated? Or what do you recommend? Personally I really, feel it is better for the federal government to leave that up to the provinces to negotiate. At least two provinces have been able to negotiate it through the years; if we were to impose some mechanism by the federal government, I think we would really get screams of federal government's stepping too far into a provincial jurisdiction.

• 0955

Dr. Saxon: Mr. Chairman, I take exception to the remark that we are behind British Columbia and Quebec; we are ahead of them. Nova Scotia stands second to no one in quality of care in Canada.

Mr. Foster: I did not say that.

Dr. Saxon: We have the finest reproductive care program in Canada. If you want to have a baby, Nova Scotia is the place to have it. This goes to show that our quality of care is good, excellent, in Nova Scotia. We see no reason to change this radically, as in Bill C-3. We need changes; we need better rehabilitative care; we need better preventive medicine; we need better care for our elderly, the same as Prince Edward Island; but, these can be done with negotiations between the medical society and the provincial government. We do not see a need for anything as radical as a fiscal, punitive bill such as Bill C-3.

Mr. Foster: Your extra-billing you say is about \$4 million now. I think that is one of the reasons why we see the need for the Canada Health Act, and Justice Emmett Hall's report suggested that. It was a gradual unravelling—the extra-billing

[Traduction]

assurés par les médecins, d'autre part. Il a toujours reconnu que la surfacturation est en fait un instrument de négociation. Si on l'enlève aux médecins, il faut leur donner autre chose en échange. C'est ce qu'il faudrait inclure pour renforcer la portée de l'article 12. La surfacturation supprimée, il nous faut quand même autre chose pour négocier avec nos provinces. Si le projet de loi oblige les provinces à négocier avec nous selon un processus équitable, et que ce processus échoue, alors, il faudra peut-être que d'autres paragraphes s'ajoutent et permettent d'aller en arbitrage, par exemple. Il faut être juste et rappeler que le juge Hall a toujours considéré ces deux facteurs de pair: la surfacturation et une juste rémunération des médecins.

M. Foster: Je n'avais certainement pas saisi qu'il suggérait au gouvernement fédéral d'imposer cette alternative aux provinces. Je pense qu'il laissait cela tout simplement à la discrétion des provinces.

J'aimerais savoir par quel mécanisme... Vous concédez sans doute que la Colombie-Britannique et le Québec dispensent d'aussi bons soins de santé que les provinces de l'Atlantique, sans pour autant connaître de surfacturation. Le mécanisme auquel on a recours dans ces deux provinces dans les négociations entre les médecins et le gouvernement provincial vous semble-t-il suffisant pour assurer une juste compensation? Que recommandez-vous? J'estime personnellement que le gouvernement fédéral devrait laisser la négociation aux provinces, ce qui a donné de bons résultats dans au moins deux provinces au cours des années; si le gouvernement fédéral devait imposer une façon de procéder, cela soulèverait certainement un tollé de protestations chez les provinces contre l'ingérence dans une compétence provinciale.

Dr Saxon: Monsieur le président, je n'accepte pas d'entendre dire que nous suivons la Colombie-Britannique et le Québec; au contraire, nous les devançons. Personne ne dame le pion à la Nouvelle-Écosse en matière de qualité des soins au Canada.

M. Foster: Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Dr Saxon: Nous avons le meilleur programme de soins liés à l'accouchement au Canada. Si vous voulez avoir un enfant, il faut aller en Nouvelle-Écosse. La qualité des soins que nous dispensons en Nouvelle-Écosse est excellente. Nous ne voyons pas pourquoi il faudrait changer cette situation radicalement, comme le propose le projet de loi. Bien sûr, certains changements sont souhaitables: nous avons besoin de meilleurs soins de réadaptation, d'une meilleure médecine préventive, de meilleurs soins à dispenser à nos personnes âgées, comme à l'Île-du-Prince-Édouard. Mais on peut tout simplement y arriver en laissant la société médicale et le gouvernement provincial négocier. Nul n'est besoin d'imposer quelque chose d'aussi radical et d'aussi punitif qu'un projet de loi fiscal comme le projet de loi C-3.

M. Foster: Vous dites que la surfacturation atteint chez vous environ 4 millions de dollars. Voilà pourquoi, notamment, il est nécessaire d'avoir un projet de loi de ce genre, comme l'a suggéré le rapport du juge Hall. La situation s'est embrouillée

[Text]

and user fees is reputed to be up to \$100 million now. Maybe \$100 million is acceptable, but is \$200 million? Is \$300 million?

In Nova Scotia what percentage of the medicare cost does your extra-billing of \$4 million does that represent? Maybe you could tell me that. And is there a point . . . is \$10 million too much, or \$20 million or \$50 million of extra-billing? At what point would you see a need for the federal or provincial governments to try to curb it or control it? There must be some point at which those in low income groups and so on are denied access to the system, or at least easy or reasonable access.

The Chairman: That was your last question, Dr. Foster.

Dr. Saxon: Mr. Chairman, in Nova Scotia the less than \$4 million accounts for about 2.7% of our MSI payments, and this has been decreasing over the last number of years. You have to understand how extra-billing works. Extra billing acts as sort of a barometer. If our negotiations with the government end up with poor settlement; if the government does not have enough money to pay the doctor a reasonable settlement for his services, then this is an out for them, and physicians will increase their extra billing. In Nova Scotia we obviously have been satisfied with our negotiations and have good relations with the government and have had reasonable settlements. Therefore the extra-billing is not significant. The doctors do not extra-bill very much—a very small number of doctors extra-bill in Nova Scotia. So it acts as a barometer.

When you say if this is what we feel about Bill C-3 we are in very poor economic times; the federal government has no more money to put into the system; the provinces have no more money; where are the improvements we are looking for—technical, new hospitals, improvements; where is this going to come from? It should come from outside sources.

The Chairman: Thank you, Dr. Saxon.

Dr. Halliday would like one question and Mr. McMillan would like a question. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Just one question, Mr. Chairman, to Dr. Saxon of Nova Scotia. On page 9 of your brief you have addressed the subject of providing a fair compensation for physicians, and you have given us two sort of draft amendments here. How do you feel about the draft amendment we have already received from the Federation of General Practitioners in Quebec who recommend that the Bill require the provinces to pay a penalty, if they do not provide adequate compensation, to physicians? The provinces would pay a penalty in the same fashion as they will if they allow extra-billing.

Dr. Saxon: The way I would answer that, Mr. Chairman, is that the whole bill is a punitive Bill. I think you are talking punitive again, and that is not the way to go. It should be, as it has always been in Canada, that you sit down and discuss between the profession and the government and work this out.

[Translation]

graduellement, à tel point que la surfacturation et les frais modérateurs atteindraient aujourd'hui 100 millions de dollars. Peut-être cela vous semble-t-il acceptable, mais que diriez-vous de 200 ou de 300 millions de dollars?

Pouvez-vous nous dire quel pourcentage des coûts d'assurance-maladie la surfacturation de 4 millions de dollars représente en Nouvelle-Écosse? Quel montant jugez-vous être trop élevé: 10 millions, 20 millions, ou 50 millions de dollars de surfacturation? A partir de quel montant devons-nous demander au gouvernement fédéral ou provincial d'essayer de juguler ce problème? Il faut bien qu'à un moment donné, les citoyens à faible revenu et autres groupes du genre n'aient plus accès au système, ou que cela leur soit plus difficile.

Le président: Docteur Foster, c'était votre dernière question.

Dr Saxon: Monsieur le président, la surfacturation de moins de 4 millions de dollars en Nouvelle-Écosse compte pour environ 2.7 p. 100 de nos paiements d'assurance médicale-chirurgicale, et ce pourcentage décroît depuis quelques années. Il faut d'abord comprendre la façon dont la surfacturation fonctionne: c'est une sorte de baromètre. Si les négociations avec le gouvernement donnent de mauvais résultats, si le gouvernement n'a pas assez d'argent pour offrir au médecin un dédommagement raisonnable contre ses services, cela a pour conséquence que les médecins augmentent la surfacturation. Vous voyez qu'en Nouvelle-Écosse, nous avons été satisfaits des négociations et avons développé de bonnes relations avec le gouvernement à la suite de règlements raisonnables. Voilà pourquoi la surfacturation ne compte pas pour beaucoup. Très peu de médecins surfacturent leurs patients en Nouvelle-Écosse. C'est pourquoi j'ai parlé d'un baromètre.

Si vous dites que c'est la perception que nous avons du projet de loi, alors, les temps sont économiquement très durs; puisque le gouvernement fédéral n'a plus d'argent à injecter dans le système, ni les provinces, où peut-on espérer aller chercher l'argent qui nous permettra les améliorations recherchées, améliorations d'ordre technique, construction de nouveaux hôpitaux, etc.? Il faut que cela vienne de sources extérieures.

Le président: Merci, docteur Saxon.

Le docteur Halliday voudrait poser une question, de même que M. McMillan. Docteur Halliday.

M. Halliday: Ma seule question s'adresse au Dr Saxon, de Nouvelle-Écosse. À la page 9 de votre mémoire, vous avez parlé d'offrir une rémunération juste aux médecins, ce à quoi vous avez joint deux propositions de modifications. Que pensez-vous de la proposition d'amendement que nous avons déjà reçue de la Fédération des omnipraticiens du Québec, amendement dans lequel on propose que le projet de loi exige des provinces qu'elles paient une amende si elles ne rémunèrent pas justement les médecins? Les provinces seraient pénalisées tout autant que si elles permettaient la surfacturation.

Dr Saxon: Je vous répondrais que le projet de loi est dans l'ensemble punitif. Vous parlez encore une fois de punir, ce qui n'est pas la bonne façon de procéder. Au Canada, nous avons toujours choisi de nous asseoir à la table des négociations, nous les médecins et le gouvernement, pour essayer de régler nos

[Texte]

I think putting in punitive measures is not the way to go when you are negotiating something. I think this is a very bad principle.

• 1000

The Chairman: Mr. McMillan.

Mr. McMillan: Mr. Chairman, I wonder if Dr. Callaghan or Dr. McMillan would care to elaborate on the distinctive problems faced by Prince Edward Island, especially in the context of the medicare system, as a result of the high proportion of people who are senior citizens in the province. I understand it is the highest proportion in all of Canada. I wonder what immediate or long-term funding problems this presents for the medicare system in the province.

Dr. McMillan: Mr. Chairman, I think this has already been alluded to. I think I would just repeat the statistics of the 12.5% over 65, and that this age group is increasing in relation to the total population of the province. This is but one component of the demand equation that we see is critical in relation to perceived lack of supply and underfunding.

The Chairman: Thank you very much, Dr. McMillan, and thank you very much gentlemen again for coming at short notice. We are very pleased to have been able to have had you for today and for your excellent dialogue.

We are going to have Ontario next, rather than Quebec, at their request. I will call Dr. Isaac to come to the table.

Order, please. We will carry on this morning with the representatives from the Ontario Medical Association. We are very pleased, and I am personally pleased, to have Dr. Geoffrey Isaac, the president of the association, and a large delegation here this morning.

Dr. Isaac practises medicine in Scarborough. As the Member for Scarborough West, doctor, I am pleased to see you again. You can ignore the catcalls from our members from New Brunswick here. I am pleased to see you again. We are pleased to be able to have you all here this morning with representatives from the other provincial associations from around the country.

We do have your brief. As you saw from our discussions the last hour, we would appreciate it if you could summarize your brief as much as possible. We would like to take the rest of the hour for questioning, if possible.

Dr. Isaac.

Dr. G.I. Isaac (President, Ontario Medical Association): Mr. Chairman, on behalf of the Ontario Medical Association, I would like to thank you for the opportunity of appearing. If it meets with your approval, I suggest, since the members of your committee have a copy of my opening remarks, that I dispense with further reference to those and proceed directly into hearing a very brief few comments from some experts that we have with us.

[Traduction]

différends. Dans les négociations, cela ne donne rien d'ajouter des mesures punitives; c'est un très mauvais principe.

Le président: Monsieur McMillan.

M. McMillan: Monsieur le président, le Dr Callaghan ou le Dr McMillan voudraient-ils expliquer plus en détail les problèmes particuliers que connaît l'Île-du-Prince-Édouard, dans le contexte de l'assurance-maladie, en raison du grand nombre de personnes âgées qui s'y trouvent? Je crois savoir que cette province compte la proportion la plus élevée de personnes âgées au Canada. Quel genre de problèmes de financement immédiat ou à long terme cela représente-t-il pour l'assurance-maladie dans votre province?

Dr McMillan: Monsieur le président, je crois qu'on en a déjà parlé. Je répéterai que 12.5 p. 100 de la population ont plus de 65 ans, et que ce pourcentage augmente par rapport au reste de la population. Dans l'équation de l'offre et de la demande, cet élément qui représente la demande est considéré comme critique étant donné le manque de financement et la diminution de l'offre.

Le président: Merci beaucoup, Docteur McMillan. Je vous remercie, messieurs, d'avoir accepté de comparaître avec si peu de préavis. Nous avons été très heureux de vous accueillir aujourd'hui et vous remercions de l'excellent dialogue.

Nous passons maintenant à l'Ontario, plutôt qu'au Québec, à la demande de cette dernière délégation. Le Dr Isaac voudrait-il bien s'approcher?

A l'ordre, je vous prie. Nous poursuivons avec les représentants de l'Association médicale de l'Ontario. Nous sommes tous heureux, et moi tout particulièrement, de recevoir le Dr Geoffrey Isaac, Président de l'Association, ainsi qu'une importante délégation.

Le Dr Isaac pratique la médecine à Scarborough. Votre député de Scarborough Ouest est heureux de vous revoir de nouveau, docteur. N'écoutez pas les coups de sifflet qui nous viennent des représentants du Nouveau-Brunswick. Nous sommes heureux de vous accueillir ce matin, en même temps que d'autres représentants des associations provinciales du pays.

Nous avons reçu votre mémoire. Comme vous l'aurez constaté par les discussions de cette dernière heure, vous nous aideriez beaucoup en résumant votre mémoire le plus possible. Nous aimerions consacrer le reste de cette heure-ci à vous interroger, si possible.

Docteur Isaac.

Dr G.I. Isaac (président, Association médicale de l'Ontario): Monsieur le président, au nom de l'Association médicale de l'Ontario, je vous remercie de nous avoir invités à comparaître. Si cela vous convient, et étant donné que les membres du comité ont un exemplaire de mes remarques liminaires, je propose que nous ne les reprenions pas et que nous passions directement aux commentaires que pourraient avoir les experts qui m'accompagnent.

[Text]

The Chairman: I am sorry, doctor; I was delinquent in not asking you to introduce the people at the table with you. Would you do that now?

Dr. Isaac: Yes, I will now do that.

Starting from my left is Dr. L.J. Genesove, a Toronto family physician whose main interest is in geriatric care; Dr. Richard Moulton, who is a family physician from northwestern Ontario and treats many treaty Indian patients; Dr. C. Godfrey, a specialist in physical medicine and rehabilitation.

On my right is Dr. Hugh Scully, a cardio-vascular surgeon who has a particular interest in tertiary care problems; Dr. John Milligan, an obstetrician-gynaecologist with a predominant interest in perinatology; and Dr. H.L. Sussman, a psychiatrist with particular experience in the psychiatric hospitals in Ontario. If I may, Mr. Chairman, I will ask Dr. Jack Genesove to speak.

• 1005

Dr. L.J. Genesove (Chairman, Committee on Medical Care and Practice): Mr. Chairman, if it is your misfortune to be in my active treatment hospital or if it is your mother's misfortune to be in my nursing home or one of our chronic hospitals, it is not at all impossible that some evening a poor, confused older person will climb into bed with you or her and defecate and urinate in that bed. It happens. The care of the elderly person is largely a non-polluting, labour intensive business. It requires human beings. It requires not just highly trained doctors and highly trained graduate nurses, it requires at the most important hands-on level, the nursing aide, the male orderly. We do not have these because we cannot afford them in anywhere near the numbers that we have to have them. They are on the welfare rolls, but they are not working for us. We do not have the space to segregate patients. When I was Assistant Director of the Accreditation Program we required 85% as a maximum number of patients in any hospital. Frequently, we have 100%.

You know damn well that we are all getting older. Maybe we as doctors had something to do with this unfortunate fact, but we are not going to escape it. And as we get older, at some stage, we get frail. The last three years of our life is the most expensive part of the medical care system. We want it to be a humane part of our life. It is not easy to be humane. In my nursing home, I have two patients who like to wander. They like to get out on the street, usually with their clothes on, not always. They like to climb onto a bus, just like they used to in the old days, and run down to Etobicoke. I will not sedate them like animals. I will not tie them down like animals. I do not like to tag them like carrier pigeons with some kind of electronic device. I want enough human beings so that people can watch them and see who they are. That is what I want.

[Translation]

Le président: Pardonnez-moi, docteur, j'ai omis de vous demander de nous présenter ceux qui vous accompagnent. Pourriez-vous le faire maintenant?

Dr Isaac: Oui, volontiers.

A ma gauche, voici le Dr L.J. Genesove, médecin de famille de Toronto qui s'intéresse principalement aux soins gériatriques; le Dr Richard Moulton, médecin de famille du Nord-Ouest de l'Ontario dont beaucoup de patients sont des Indiens; et le Dr C. Godfrey, spécialiste de la médecine physique et de la réadaptation.

A ma droite, voici le Dr Hugh Scully, chirurgien cardio-vasculaire qui s'intéresse particulièrement aux problèmes des soins tertiaires; le Dr John Milligan, obstétricien-gynécologue dont l'intérêt principal est la périnatalité; et le Dr H.L. Sussman, psychiatre qui a exercé tout particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques de l'Ontario. Si vous le permettez, monsieur le président, je céderai la parole au Dr Jack Genesove.

Dr. L. J. Genesove (président, comité sur la pratique et les soins médicaux): Monsieur le président, si par malheur vous êtes admis dans l'hôpital pour traitements actifs où je travaille, ou si par malheur votre mère vit dans la maison de repos où je travaille ou dans l'un de nos hôpitaux pour malades chroniques, il n'est pas impossible qu'un de ces soirs, une pauvre vieille personne toute désorientée s'installe dans le lit avec vous ou elle, puis défèque et urine dans ce lit. Ce sont des choses qui arrivent. Les soins des personnes âgées constituent en grande partie un travail non polluant, mais très intensif qui exige la présence d'êtres humains. Cela ne suppose pas seulement la présence de médecins et d'infirmières hautement qualifiés, mais la présence beaucoup plus immédiate des aides-infirmiers qui dispensent des soins. Mais nous n'en avons pas, parce que nous ne pouvons nous permettre d'embaucher le nombre suffisant à nos besoins. Bon nombre d'entre eux sont des assistés sociaux, mais ne peuvent travailler pour nous, car nous n'avons pas l'espace voulu pour séparer nos patients. Lorsque j'étais directeur adjoint du programme d'accréditation, nous avions établi à 85 p. 100 le nombre maximal de patients dans les hôpitaux, quels qu'ils soient. Nous atteignons maintenant très souvent le chiffre de 100 p. 100.

Nous savons parfaitement bien que les gens vivent maintenant plus longtemps. Peut-être que nous, médecins, y avons contribué, mais personne d'entre nous ne peut échapper à son destin. Plus nous vieillissons, plus nous devenons fragiles. Les trois dernières années de la vie sont celles qui coûtent le plus cher au système de soins médicaux. Nous voulons néanmoins que cette dernière partie de notre vie soit remplie d'humanité. Mais il n'est pas facile d'être humain. Dans la maison de repos où je travaille, se trouvent deux patients qui aiment à se promener. Ils aiment sortir dans la rue, parfois habillés, mais pas toujours. Ils aiment bien monter dans un autobus, comme ils le faisaient autrefois, pour se rendre à Etobicoke. Je refuse de les abrutir avec des sédatifs comme des animaux. Je ne les attacherai pas comme des animaux. Je ne veux pas non plus les étiqueter comme des pigeons voyageurs avec quelque appareil

[Texte]

I cannot send them all home to their children. Their children are in the sandwich generation. They are 60 and 65 years old. They are starting to worry about their own retirement. They are still worrying about their kids and their grandchildren.

Society has to do something about them and we are not going to be able to run away from this. I have not seen the facilities for this. Our system in Ontario in nursing homes is probably the best in Canada. When I go to bed at night, I can go to bed in my own bedroom. Here in a hotel I sleep alone. At home I sleep with my wife. The standard in our province is four beds. Our nursing homes are the end of our lives. All of a sudden, the standard relationship is to have three other people share your bedroom. That is what it becomes in this very rich country.

Gentlemen, I am also a family doctor. I envy the people in Fredericton. I have had a patient wait five days in our emergency room. It is made to handle twelve patients, but often has 25 or 26 waiting. The alternative, my patients are told, is to be shipped to another hospital, to have some doctor who never saw them before go over their history all over again, try to find their records all over again. Facilities are not there for them either.

• 1010

Please, please think of the human beings who should be working, who want to be working, looking after our older people. I have had my say, gentlemen.

The Chairman: Dr. Isaac.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, next I would like to ask Dr. Richard Moulton to speak.

Dr. Richard Moulton (Chief of Staff, Fort Frances Clinic, Province of Ontario): Mr. Chairman, the patients that I serve live a thousand miles from Toronto or from Ottawa and a thousand miles from the bigger centres of Canada and southern Ontario. We have very many problems, but we do not see any of them addressed by the Canada Health Act. We have a shortage of many kinds of physicians; we have a shortage of resources in our referral centres. And above all, the people for whom the federal government have the main responsibility, the native people, have a very poor system of health care. We are very much afraid that the Canada Health Act, far from helping them, will hurt the Province. We fight with the Province sometimes, but I must say that the Province has done its very best to help our disadvantaged area. As far as we can see, none of this comes from the federal government.

When we hear the Minister of National Health and Welfare speak, we feel she is talking about a different country. She says

[Traduction]

électronique. Cependant, ce que je voudrais, c'est d'avoir suffisamment d'êtres humains à ma disposition pour qu'ils puissent les surveiller et savoir où ils sont.

Je ne peux pas tous les renvoyer à leurs enfants, puisque ces derniers sont une génération prise entre deux feux. Ils ont 60 et 65 ans et commencent déjà à s'inquiéter de leur propre retraite, et qui s'inquiètent encore au sujet de leurs enfants et de leurs petits-enfants.

La société doit pouvoir faire quelque chose pour ces vieillards, et nous ne pouvons refuser cette responsabilité. Je ne les ai pas vues, les installations nécessaires pour les accueillir. Le système ontarien des maisons de santé est sans doute le meilleur au Canada. Lorsque je me couche le soir, c'est dans ma propre chambre à coucher. Ici, à l'hôtel, je suis seul. À la maison, je dors avec ma femme. La norme établie dans notre province est de quatre lits par chambre dans les maisons de repos, maisons qui représentent notre dernier chez nous. Et voilà que tout d'un coup, vous devez partager votre chambre avec trois autres personnes. Voilà ce à quoi nous en sommes réduits dans notre pays si riche.

Messieurs, je suis également médecin de famille. J'envie mes collègues de Fredericton. Un de mes patients a déjà dû attendre cinq jours dans notre salle d'urgence, salle qui a été construite pour recevoir douze patients, mais qui souvent en compte jusqu'à 25 ou 26. L'autre solution, celle que je propose à mes patients, c'est d'accepter d'être expédiés dans un autre hôpital, pour être traités par un médecin qu'ils voient pour la première fois et à qui ils doivent raconter leur boniment encore une fois, afin qu'il puisse s'y retrouver dans leur dossier. D'ailleurs, les autres médecins ne sont pas mieux installés que nous.

De grâce, pensez aux êtres humains qui devraient travailler, et qui veulent travailler pour s'occuper de nos vieillards. Voilà ce que j'ai à dire, messieurs.

Le président: Docteur Isaac.

Dr Isaac: Monsieur le président, j'aimerais maintenant demander au D^r Richard Moulton de prendre la parole.

Dr Richard Moulton (chef du personnel, Fort Frances Clinic, province d'Ontario): Monsieur le président, ceux qui sont mes patients vivent à 1,000 milles de Toronto, d'Ottawa, ou des grands centres du Canada et du sud de l'Ontario. Les problèmes sont nombreux, mais aucun d'entre eux n'est résolu par la Loi canadienne sur la santé. Nous souffrons d'une pénurie de médecins spécialisés de tout genre, et de ressources dans nos centres de services généraux. En outre, ceux dont le gouvernement fédéral est le premier responsable, les autochtones, ont un très mauvais système de soins de santé. Nous craignons que la Loi canadienne sur la santé, loin de les aider, ne nuise à la province. Nous combattons parfois notre province, mais je dois dire qu'elle a fait de son mieux pour aider notre région défavorisée, contrairement au gouvernement fédéral, à ce que nous sachions.

Lorsque j'entends le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social parler, nous avons l'impression qu'elle parle

[Text]

there are too many physicians in Canada. We have been trying to get an internist in Fort Frances for eight years. We have plenty of money, relatively speaking. We can pay a reasonable salary, but there are all sorts of other problems getting doctors to remote areas. The Province is trying, but we do not see much evidence of help from the federal government.

There are terrible problems with access to care, but they have nothing to do with extra billing. The problems are those of geography, a 500-mile round trip to see a specialist, of weather, of climate, a number of difficulties with native people being taken away from their reserve, where they are familiar, into a totally unfamiliar system. The Province has been good at trying to meet some of these problems. We have had a very great improvement in ambulance services. The Province has a good system for improving physician supply in difficult and under-served areas. There has been improvements toward mental health. But again none of this is covered, as I understand it, by the federal-provincial granting system.

When our patients do have to be referred, they have to wait and wait and wait in the referral centre; for fairly simple orthopaedic surgery, three months. To see the orthopaedic surgeon in the first place, another three months. And it all adds up. Emergency stuff is a bit better, I must say, but the patients are not admitted to beds; they are put into emergency room beds. They are more or less safe and something is done, but it is very far from satisfactory. I know for a fact that none of the members of the committee would tolerate it for their families for a minute. But it has to be. We have no alternative.

The area where there is a really clear federal responsibility for health care is, as I understand it, for the native people of Canada. They were given access to Queen Victoria's medicine chest. I know it sounds silly and corny, but I believe true, and it has traditionally gone on, and this translates into full, modern health care for the native people. They are being shortchanged. In our area, the native people make up only 8% to 10% of the population; they use about double that of all health care services. Of alcohol, they use 30% to 40%. None of this, as far as I can see, is recognized in the federal funding system. The grass-roots people on the reserve I have tremendous respect for. The public health nurses, the community health representatives on the reserves, the alcohol workers, but the nurses only visit the reserve once every two weeks; that is all they are allowed to do. They do not get any more mileage; they do not get enough time; there not enough nurses.

[Translation]

d'un autre pays. Elle prétend qu'il y a trop de médecins au Canada, alors que nous essayons depuis huit ans d'obtenir un spécialiste de la médecine interne à Fort Frances. Nous avons beaucoup d'argent, toutes choses étant égales. Nous pouvons payer un salaire raisonnable, mais nous nous heurtons à toutes sortes d'autres problèmes qui empêchent les régions éloignées d'obtenir des médecins. La province essaie de nous aider, ce qui ne semble pas être le cas du gouvernement fédéral.

Il existe chez nous des problèmes énormes d'accès aux soins, problèmes qui n'ont rien à voir avec la surfacturation. Ce sont des problèmes de géographie, comme un aller-retour de 500 milles pour aller consulter un spécialiste; des problèmes de climat; des problèmes qui surgissent chez les autochtones qui, obligés de s'éloigner du milieu de la réserve qu'ils connaissent bien, sont abandonnés dans un système qui leur est tout à fait étranger. La province a fait de gros efforts pour tenter de régler certains de ces problèmes. Ainsi, les services ambulanciers se sont grandement améliorés; le gouvernement provincial a établi un bon système pour fournir des médecins dans des régions difficiles et dépourvues de service; les programmes de santé mentale sont meilleurs qu'autrefois. Mais rien de tout cela, si je le comprends bien, n'est dû au système de répartition des fonds entre le fédéral et le provincial.

Lorsque nos patients doivent être recommandés à des spécialistes, ils doivent attendre et attendre longuement dans les centres de services généraux. Pour rencontrer un chirurgien orthopédiste, il faut d'abord trois mois, puis encore trois mois avant de subir une chirurgie orthopédique somme toute assez simple. Tous ces délais s'accumulent. Du côté de l'urgence, c'est un peu plus rapide, même si les patients ne sont pas admis dans des chambres ordinaires. Ils sont installés très souvent dans des lits d'urgence, ce qui est plus ou moins sécuritaire puisqu'on s'occupe d'eux, mais très loin d'être satisfaisant. Je suis convaincu que pas un seul membre du Comité n'accepterait que l'on traite ainsi un des membres de leurs familles. Mais malheureusement, c'est ainsi qu'il nous faut procéder, car nous n'avons pas d'autre solution.

Je crois savoir que c'est le gouvernement fédéral qui a toute la responsabilité des soins de santé pour les autochtones du Canada. Malheureusement, on leur a uniquement donné accès au coffret de pharmacie de la Reine Victoria. Je sais que cela peut paraître ridicule de le dire, mais cette tradition s'est maintenue jusqu'ici et c'est à cela que se résume les soins de santé soi-disant modernes pour les autochtones. Ils sont lésés. Dans ma région, les autochtones ne comptent que pour 8 à 10 p. 100 de la population, mais ont besoin de deux fois plus de services de soins sanitaires. Ils consomment autant d'alcool que 30 à 40 p. 100 de la population. Rien de tout cela, à ce que je sache, n'est reconnu par le système de financement du fédéral. J'ai énormément de respect pour tous ceux qui travaillent directement avec les habitants de la réserve: les infirmières de la santé publique, les représentants des soins communautaires et les travailleurs sociaux qui aident les alcooliques. Mais les infirmières ne se rendent à la réserve que toutes les deux semaines; elles n'ont pas le droit de venir plus souvent. D'ailleurs, elles ne peuvent plus facturer leur kilométrage; elles n'ont pas assez de temps dans la réserve même, et ne sont évidemment pas en nombre suffisant.

[Texte]

The community health reps have six weeks' training before they are put back to look after the health of a reserve. And there is a very big limit to what you can teach someone, with very little education, in six weeks.

The Province picks up a lot of this trouble, because as soon as the people come off the reserve they come into the provincial system, and reasonable care does prevail. But it is very very far from satisfactory. There is no prevention; there is not good primary care on the reserves. Yet this is a federal system and this is a federal health Act; but it seems to us to do nothing whatever for it.

Alcohol in the Rainy River and Kenora Patricia districts is dreadful. There are 56 districts in Ontario and our two districts are 55 and 56 on the hit list; we are the worst in Ontario. And yet about 30% to 40% of the people who are afflicted are a federal responsibility. Again, the only people who have responded to this usefully have been various provincial organizations and bodies. In one tiny, remote town, Sioux Lookout, we have two hospitals. One is federal and is one provincial, and they have been a waste of resources and a nuisance for 20 years; nothing happens and negotiations are still going on. Nothing ever happens. Surely a new health act ought to help an area like ours. That is all I can say, Mr. Chairman.

• 1015

The Chairman: Thank you very much. Dr. Isaac.

Dr. Isaac: Dr. Charles Godfrey.

Dr. C. Godfrey (Observer, Province of Ontario): I think, Mr. Chairman, I most likely will continue along the same vein. It may be a little discouraging to the members of your group to have all these complaints laid on your doorstep when you are obviously trying to fashion better health care in Canada. I think our main preoccupation is that you are setting up a keystone of health care in the future and we feel—I feel very strongly—there are several areas which are not being addressed and should be addressed if you are setting out this basic legislation. This particularly applies to my area of rehabilitation, where in many cases we have this paradox: we have the best medical system available, yet with so many holes that are terrible deficiencies. For example, in the spectrum of rehabilitation, if you look at the care of a stroke patient, we simply have inadequate facilities. If you have your stroke tomorrow... and one in five in this room will have it—you will not have the first-class quality care that you are accustomed to in other areas in our health system. This is largely because of lack of personnel, lack of nurses who can stay in an intensive care unit and who know how to read monitors and can stay with those monitors rather than being rotated off because there is a shortage of nurses and they have to be taken off somewhere else. There is a lack of modern equipment which can reduce the problems you get into with some of our older techniques which we are still forced to use because we do not have the new equipment available. These are things which

[Traduction]

Les représentants de la santé communautaire reçoivent une formation de six semaines, après quoi on leur demande de veiller à la santé d'une réserve. Il y a toute une limite à ce que l'on peut enseigner en six semaines à quelqu'un.

La province hérite de beaucoup de ces problèmes, puisque dès qu'ils quittent la réserve, les Indiens relèvent du système provincial qui peut leur offrir des soins raisonnables. Mais tout cela n'est pas bien satisfaisant, puisqu'il n'y a pas de prévention ni de bons soins primaires dans les réserves. Et pourtant, nous vivons dans un système fédéral, et voici que l'on nous propose une loi fédérale sur la santé. Néanmoins, nous n'y trouvons pas notre compte.

L'alcool joue un rôle dévastateur dans les districts de Rainy River et de Kenora Patricia. L'Ontario compte 56 districts, et les deux que je viens de mentionner arrivent aux 55^e et 56^e rangs, c'est-à-dire qu'ils sont les plus touchés en Ontario. Et pourtant, 30 à 40 p. 100 de ceux qui souffrent d'alcoolisme sont à la charge du fédéral. Je répète que les seuls qui aient tenté de nous aider, ce sont les autorités et les organismes provinciaux. Dans une petite ville éloignée, Sioux Lookout, il existe deux hôpitaux. Il se trouve que l'un est géré par le fédéral, et l'autre par le provincial, et que cette distinction a entraîné un gaspillage des ressources et a lésé tout le monde depuis 20 ans; les négociations se poursuivent toujours, et n'aboutissent à rien. Il me semble qu'une nouvelle loi sur la santé pourrait nous aider dans des cas comme celui-là. C'est tout ce que j'avais à dire, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup. Docteur Isaac.

Dr Isaac: Docteur Charles Godfrey.

Dr C. Godfrey (observateur, province de l'Ontario): Monsieur le président, je continuerai sans doute dans la même veine. J'imagine que c'est décourageant pour les membres du Comité d'être inondés de plaintes de ce genre, alors que vous tentez de façon très évidente de remodeler le système des soins de santé au Canada. Ce qui nous préoccupe beaucoup, c'est que vous êtes en train d'établir la pierre de touche des soins sanitaires pour l'avenir, et que vous avez omis de nombreux points qui devraient être inclus dans cette loi fondamentale. Cela s'applique en particulier à mon domaine, celui de la réadaptation, domaine qui présente souvent le paradoxe suivant: Notre système médical est le meilleur qui soit disponible, et pourtant il présente beaucoup de lacunes et des déficiences terribles. Ainsi, dans toute la gamme des cas de réadaptation, si vous prenez les soins à donner à un patient ayant eu une attaque, vous constaterez que les installations sont tout simplement inadéquates. Si par malheur vous avez une attaque demain—ce sera le cas de l'un sur cinq d'entre vous—vous ne recevrez pas les soins de première qualité que vous recevriez dans d'autres domaines. Cette lacune est due en grande partie à un manque de personnel spécialisé, comme des infirmières qui peuvent travailler dans les unités de soins intensifs, qui savent lire les moniteurs et qui peuvent les surveiller plutôt que d'être envoyées ailleurs par roulement à cause d'une pénurie de personnel dans une autre aile de l'hôpital. Faute d'équipement moderne, vous en êtes réduits à

[Text]

I think must be addressed by your committee. These are solid, substantial things rather than some of the airier things with which I think you are being preoccupied.

In the mid-spectrum of rehabilitation care, I am constantly faced with the problem that patients simply cannot get the treatment they require. As an advocate for them, I must insist that you give more attention to making these facilities available—centres for rehabilitation, residential centres for rehabilitation, equipment—so that we may take advantage of all of the magnificent things that have been brought forward for patients today and make them available to the patients. For example, we have a large group of cerebral palsy patients in this country who have major problems with communication. There are devices available now which can help them enhance their communication. I cannot bring such devices to those patients, because there is no money to do it. I would like you to consider the application for these or other chronically disabled people who have difficulty in getting around. There is equipment available for them, but I simply cannot mount it.

I would like to talk about the other part of the spectrum, where we are talking about long-term disabilities. We already know from published surveys that 30% of the people who are in institutions in this country for chronic, long-term care could be out, could be back living far more useful lives in the community, if we could simply employ people who could get in there and work with them, and so get them re-activated. You may hear more about that this evening when the Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation addresses you. In addition to that, a survey at Windsor, Ontario looked at residential needs of people who are home-bound; they found 24 specific and definite unmet needs which could be met to give them a much fuller life, without a great deal of money but with more money—that is what it amounts to, more expertise put into the system.

We already know that some institutions and facilities are being closed down because of the squeeze on funds. General hospitals simply cannot accommodate the long-term rehabilitation person. They have priorities which are in other areas, with the result that my patients are constantly frozen out from their ability to get back to the normal way of living.

As a physiatrist I find that I am constantly engaged in the business of triage. I say no, you cannot have this; yes, you can have this. I am constantly forced into taking care of immediate problems because of the urgencies of the present situation rather than being able to address some of the preventive things which I know I can do if I have the facilities. Because I cannot avoid the chronic shortage of funding, I feel it very frustrating. I would urge that in your deliberations, when you are talking about these other substantive articles which I am sure you have on your plate, that you give more consideration to these factors.

[Translation]

avoir recours à vos techniques plus anciennes, ce qui risque d'accroître les problèmes. Voilà ce sur quoi devrait se pencher votre Comité. Voilà des faits solides et plus substantiels que les affirmations bien vagues avec lesquelles on vous arrête.

A l'échelon intermédiaire des soins de réadaptation, je me heurte constamment au fait que les patients ne peuvent tout simplement pas obtenir le traitement voulu. Comme je me fais leur porte-parole, je dois vous demander avec véhémence de faire en sorte qu'il y ait plus d'installations disponibles, comme des centres de réadaptation, des centres résidentiels de réadaptation, de l'équipement de réadaptation. Tout cela permettrait aux patients d'aujourd'hui de profiter des progrès magnifiques de la technologie. Ainsi, il existe au pays un groupe important de patients souffrant de paralysie cérébrale qui ont de graves problèmes de communication. Il existe des appareils qui leur permettent de mieux communiquer, appareils que je ne peux malheureusement leur procurer, en raison du manque d'argent. Je vous demanderais d'envisager l'inclusion de ces appareils et ceux qu'utilisent d'autres personnes handicapées de façon chronique qui ont de la difficulté à se mouvoir. Les appareils voulus existent, mais je ne peux tout simplement pas les installer.

J'aimerais passer maintenant à l'autre extrémité de mon spectre, et vous parler des incapacités à long terme. Certaines enquêtes publiées ont montré que 30 p. 100 de ceux qui sont installés dans les institutions pour malades chroniques et à long terme pourraient retourner dans leur collectivité pour vivre de façon beaucoup plus utile, dans la mesure où nous pourrions embaucher du personnel qui pourrait travailler avec eux et les aider à se remettre en forme. L'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation qui comparait ce soir vous en parlera peut-être un peu plus. En outre, une étude effectuée à Windsor, en Ontario, s'est penchée sur les besoins de ceux qui habitaient en résidence; l'étude a constaté que dans 24 cas, on était incapable de répondre à des besoins spécifiques et bien définis, ce qui aurait permis aux patients de vivre une vie beaucoup plus riche. Point n'était besoin pour cela de beaucoup d'argent, mais tout simplement d'un peu plus et de plus de personnel compétent.

Nous savons déjà que le manque de fonds obligera à fermer certaines institutions et maisons. Les hôpitaux généraux ne peuvent tout simplement pas accueillir des patients qui doivent recevoir des traitements de réadaptation à long terme. Ils ont d'autres priorités, ce qui a pour conséquence que mes patients se voient toujours refuser la possibilité de reprendre une vie normale.

En tant que psychiatre, je constate que je suis toujours en train de procéder par élimination. Je suis obligé de dire à mes patients qu'ils ne peuvent obtenir tels soins, mais qu'ils peuvent par ailleurs obtenir autre chose. Je suis constamment obligé de remédier aux problèmes immédiats, à cause des urgences, plutôt que de faire de la prévention comme cela serait possible si j'avais les installations voulues. Je ne peux éviter le problème chronique du manque de fonds, ce qui est terriblement décourageant. Je vous inciterais, dans vos discussions sur les points très importants que vous avez à étudier, de tenir compte de ces facteurs.

[Texte]

The Chairman: Thank you, Dr. Godfrey.

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Godfrey.

• 1020

The Chairman: Dr. Hugh Scully.

Dr. H.E. Scully (Chairman, Medical Advisory Committee, Toronto General Hospital, Canadian Medical Association (Ontario)): Mr. Chairman, following along the line of conversation, I would like to pursue the special concerns about the major teaching centres in the country. I think most people recognize that the Canadian teaching centres have led the way in many developments in the world and indeed continue to try to be competitive with other teaching institutions in Western Europe and the United States.

Specifically, I would like to share with you the urgent need to address the capital financing of these institutions because the Bill does not do that. The Bill does specify, as I read it, how penalties will be levied against the provinces if the provinces do not comply with the intent of the Bill; yet we see a great need to address the whole issue of capital financing.

Allan Backley is a name known to many of you. He was a health administrator in England and Deputy Minister of Health in Ontario and is now an international consultant on health care. In his address last summer sponsored by *The Financial Post* in Saskatoon, he indicated that in his conservative opinion some \$600 million was necessary for capital financing in Canada today.

Putting it in specifics—and I have the support of the president of the Toronto General Hospital, who, I should tell you, disagrees very strongly with the presentation made to you by the Canadian Hospital Association...

Some witnesses: Hear, hear!

Dr. Scully: —Toronto General Hospital has an annual budget of \$150 million. I am involved in my various capacities, and you have the descriptions, in looking at how those funds are acquired and what happens to them. We are trying to compete with the Massachusetts General, in terms of academic excellence and quality of care and teaching, that has an annual budget of U.S. \$250 million. I am not suggesting that is what we are looking for, but \$150 million is not sufficient.

Any conservative estimate would indicate that capital replacement budget requirements represent 7% to 8% of an annual budget of a major institution. At best, by robbing Peter to pay Paul, we can find 2.5% in our budget, never mind the service needs and the depreciation formulas that are used for those pieces of equipment.

Specifically: In orthopaedics, to do clinical research and laboratory research, equipment worth \$150,000 has come out of earned income because there is no other source for the funds. In ophthalmology more than \$1 million, just with two pieces of equipment, has come by special grants with no allowance for maintenance or for the people working there.

Le président: Docteur Hugh Scully.

Dr H.E. Scully (président, Comité consultatif médical, Hôpital Général de Toronto, Association médicale canadienne (Ontario)): Monsieur le président, dans le même ordre d'idées, j'aimerais vous parler des grands centres d'enseignement au pays. On s'entend généralement pour dire que les centres d'enseignement canadiens sont responsables de nombreux développements dans le monde et qu'ils continuent à essayer de faire concurrence à d'autres institutions d'enseignement de l'Europe occidentale et des États-Unis.

J'aimerais en particulier vous parler du besoin urgent d'aborder la question du financement en capital de ces institutions, parce qu'il n'en est pas fait mention dans le projet de loi. Celui-ci précise les sanctions qui seront imposées aux provinces qui ne se conformeront pas à l'esprit de la loi; mais il n'en demeure pas moins qu'il est très pressant d'examiner toute la question du financement en capital.

Le nom d'Allan Backley n'est pas inconnu pour bon nombre d'entre vous. Il a été administrateur de la santé en Angleterre, puis sous-ministre de la Santé en Ontario, et il est maintenant conseiller international en matière de soins de santé. Dans l'allocation qu'il a prononcée l'été dernier à Saskatoon sous les auspices du *Financial Post*, il a fait savoir qu'il ne fallait pas moins de 600 millions de dollars de financement d'immobilisations au Canada aujourd'hui.

En particulier, et j'ai l'appui du président de l'Hôpital général de Toronto qui, soit dit en passant, n'est absolument pas d'accord avec le mémoire que vous a présenté l'Association des hôpitaux du Canada...

Des témoins: Bravo, bravo.

Dr Scully: ... l'Hôpital général de Toronto dispose d'un budget annuel de 150 millions de dollars. De par les différents postes que j'occupe, et vous en avez la description, je participe aux décisions relatives à l'acquisition et à l'utilisation des fonds d'immobilisations. Nous tentons de faire concurrence à l'Hôpital général du Massachusetts qui dispose d'un budget annuel de 250 millions de dollars américains, concurrence sur les plans de l'excellence des médecins, de la qualité des soins et de l'enseignement. Nous ne demandons pas pareil budget, mais les 150 millions de dollars ne sont certes pas suffisants.

Selon toute estimation raisonnable, les besoins de remplacement d'immobilisations représentent de 7 à 8 p. 100 du budget annuel de tout établissement majeur. Au mieux, grâce aux transferts de fonds, nous consacrons 2.5 p. 100 de notre budget à cette fin, malgré les besoins du service et les formules d'amortissement reliées à ces immobilisations.

Par exemple: en orthopédie, aux fins de recherche clinique et de recherche en laboratoire, nous avons fait l'acquisition de 150,000\$ d'équipement puisés à même nos revenus, parce qu'il n'y avait pas d'autres sources de financement. En ophtalmologie, nous avons fait l'acquisition de deux pièces de matériel d'une valeur de plus d'un million de dollars grâce à des

[Text]

Indeed, in order for these pieces of equipment to be used . . . and they are used in every major teaching institution in the world outside of Canada—the funds are coming from earned income of the physicians. That is the only source that is available to them.

In the area of cardiology—and I promise not to get off on a long dialogue about that because of my activity in the area—there are pieces of equipment now available and currently used in any good centre which are safer for patients—less radiation, less dye, fewer complications in terms of complications or death at the time of study. They are, frankly, not available in this country, and there are no funds to provide them. If we wish to remain competitive, if we wish to remain in a position of giving good care to the cardio-vascular disease that in the end result is going to kill 50% of the people in this room, then we must do something to address that financing need.

Just finishing, on the issue of capital financing it is probably worth while quoting from the Federation of American Hospitals, which reviewed the issue recently, last summer.

The issue of financing far exceeds, in terms of magnitude, the issue relating to quality of care, accessibility of care or any other concerns, if we are to have quality or accessibility at all in the future.

In their view, in the immediate future capital financing and the supportive financing for service becomes the major issue. I would urge you, as a committee looking at the needs for health in Canada, to address this issue of capital financing. It really is not being addressed in the legislation as it exists.

Two additional brief observations about those working in tertiary centres—because that is where the buck stops; that is where the very special care is; that is where the teaching of all physicians and allied health people takes place; and that is where the research is done.

In the area of teaching, progressively, as funds to universities dry up, there are no funds to pay the teachers in medicine. The majority of people are doing a lot of teaching for nothing. To give you a specific example, I am an Associate Professor. I have been for a number of years. In that kind of connection, between the University salary, an office for which I pay rent, and a secretary whom I pay entirely, the whole package should be worth something in the order of \$75,000. I am paid \$8,000. Many of my associates are paid a pittance, \$500 or \$1,000. So to that degree, we are subsidizing the system.

In addition to that, I turn over 20% of earned income to support research, as do many of my associates. Just by way of information about extra-billing and the teaching centres, because there has been a lot of press about that recently, by far and away the majority of individuals in the teaching centres who do extra-bill turn over all of their money to research and

[Translation]

subventions spéciales, et on ne tient compte ici ni de l'entretien de l'équipement ni du personnel qui y est assigné. En fait, les fonds permettant l'utilisation de ces pièces d'équipement largement répandues dans toutes les grandes institutions d'enseignement au monde à l'extérieur du Canada proviennent des revenus des médecins. C'est la seule source de financement possible.

Dans le domaine de la cardiologie, et je vous promets de ne pas amorcer de longues discussions là-dessus malgré l'intérêt que je porte à cette question, il existe certains équipements qui sont utilisés à l'heure actuelle dans tous les bons centres de cardiologie et qui sont plus sûrs pour les patients, c'est-à-dire moins de radiation, moins de teinture, moins de complication ou de décès. Ces pièces d'équipement n'existent pas au pays, et il n'y a pas de fonds pour en faire l'acquisition. Si nous tenons à demeurer compétitifs, si nous voulons continuer à être en mesure de lutter contre les maladies cardio-vasculaires qui finiront par tuer 50 p. 100 des personnes ici présentes, nous devons trouver une solution à nos besoins de financement.

Pour terminer, j'aimerais vous citer un extrait d'une étude de la Fédération des hôpitaux américains qui s'est penchée sur la question l'été dernier.

La qualité ou l'accessibilité des soins à l'avenir tient beaucoup plus à la question du financement qu'à la qualité des soins, à l'accessibilité des soins ou à toute autre question.

Selon la Fédération des hôpitaux américains, dans l'avenir immédiat, l'important, c'est le financement en capital et le financement des services. Je vous exhorterais donc, en tant que comité chargé d'étudier les besoins en matière de santé au Canada, d'aborder la question du financement en capital. La loi, telle qu'elle est envisagée, ne dit rien à ce propos.

J'aurais deux autres brèves observations au sujet de ceux qui travaillent dans les centres tertiaires; parce que c'est là que s'arrêtent les responsabilités; c'est là que se trouvent les soins très spéciaux; c'est là que la formation de tous les médecins et professions connexes se donne; et c'est là que s'effectue la recherche.

Dans le domaine de l'enseignement, les universités ont de moins en moins de financement, et il n'y a pas d'argent pour payer les professeurs de médecine. La majorité enseignent moyennant une maigre pitance. Pour vous donner un exemple précis, je suis chargé de cours. Je le suis depuis un certain nombre d'années. En comptant le salaire de l'université, le coût du bureau que je dois louer à mes frais, et le salaire d'une secrétaire que je paie en totalité, tout cela devrait valoir environ 75 000\$. On me paie 8 000\$. Bon nombre de mes associés touchent 500\$ ou 1 000\$. De cette manière, c'est nous qui finançons le système.

De plus, je verse plus de 20 p. 100 de mes revenus à la recherche, comme bien d'autres de mes associés. Au sujet de la surfacturation et des centres d'enseignement, puisque la presse en a beaucoup parlé dernièrement, la très grande majorité de ceux qui travaillent dans les centres d'enseignement et qui pratiquent la surfacturation versent tout leur argent à la

[Texte]

teaching. They do not take it home. On top of that, those who do not extra-bill are turning over earned income as well.

And finally, with regard to research, because the record of a country in health care is measured internationally by the quality of research it produces, the funds are drying up; a decreasing amount from the federal government and a decreasing amount from the provincial governments. My own division has been increasing the amount of subsidy by \$100,000 a year. That is from six people and that is out of earned income, because there are no other funds. In my position on the Board of Directors of the Heart Foundation, we have had to cut off funds to established investigators because we frankly do not have them.

So as an overall recommendation to you, ladies and gentlemen, we have an urgent need to address this area and I would ask that you do so.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Scully.

Dr. Isaac: Doctor John Milligan.

Dr. John Milligan (Chairman, Ministry of Health, Special Committee on Neonatology, The Canadian Medical Association, Division Representative for Ontario): Mr. Chairman, to re-emphasize what Dr. Scully said, the tertiary resource, as well as providing quality care, is a necessary innovative branch in medicine to develop the vanguard of the activity, the particular area which carries the whole care program from one decade to another.

The particular area I have given fairly detailed data to your committee about relates to reproductive care. There is inadequate funding in virtually every area relative to reproductive care. This is an area that is of importance. It is an area where, from the peri-natal period, there are in fact more deaths than there are from all other causes combined in the next 15 years of life. It is an area that needs impacting on.

It was felt that, for this reason, this peculiar term "peri-natal" should be applied. When it is intensive, it is the bringing together of paediatric, obstetric and anaesthetic intensive care to those problems that require it. The data in the brief presented to you gives you very detailed information on the Central-East Region of Ontario.

This provides over 40% of the live births of Ontario. It is probably thought throughout the rest of the country to be appropriately called the "Golden Horseshoe" that has everything. In peri-natal care, as you will see from this data, it most certainly does not.

It is calculated from the data that in fact we probably need in the neighbourhood of 98 beds to provide adequate peri-natal care. In fact, we have something in the neighbourhood of 40 beds in this region. The data shows the difference this type of care makes as far as decreasing death is concerned. Even more

[Traduction]

recherche et à l'enseignement. Le produit de la surfacturation n'ajoute rien à leurs revenus. Qui plus est, ceux qui ne pratiquent pas la surfacturation versent aussi une partie de leurs revenus.

Et, finalement, au sujet de la recherche, on sait que la réputation d'un pays en matière de santé se mesure, sur le plan international, par la qualité de sa recherche, mais les fonds tant du gouvernement fédéral que des gouvernements provinciaux diminuent constamment. Ma propre division accroît sa part de financement de 100 000\$ par année. Six personnes y mettent une partie de leurs revenus, parce qu'il n'y a pas d'autre source de financement. Le conseil d'administration de la Fondation des maladies du cœur a dû cesser de financer des chercheurs établis par manque de fonds.

En conclusion, mesdames et messieurs, je vous demanderais de vous pencher sur ce besoin urgent.

Merci.

Le président: Merci, docteur Scully.

Dr Isaac: Docteur John Milligan.

Dr John Milligan (président, ministère de la santé, comité spécial de la périnatalité, Association médicale canadienne, représentant de division pour l'Ontario): Monsieur le président, pour souligner ce que le Dr Scully a dit, les ressources tertiaires ainsi que la prestation de services de qualité sont une section innovatrice nécessaire de la médecine pour le développement de la base de l'activité, il s'agit là d'un domaine sur lequel repose l'ensemble du programme de soins d'une décennie à l'autre.

J'ai transmis à votre Comité des données relativement détaillées au sujet des soins obstétriques. Le financement est insuffisant dans presque tous les domaines rattachés à cette activité. Pourtant, c'est un domaine important. Le nombre de décès enregistrés durant la période périnatale est supérieur au nombre de décès imputables à toutes les autres causes au cours des 15 premières années de vie. C'est un domaine dans lequel il faut intervenir.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut parler de périnatalité. Cette expression englobe les soins intensifs de pédiatrie, d'obstétrique et d'anesthésie. Vous trouverez dans le mémoire des données très détaillées sur la région centre-est de l'Ontario.

Cette région représente 40 p. 100 des naissances en Ontario. On a probablement l'impression, dans les autres régions du pays, que c'est le centre d'or qui dispose de tous les moyens. Vous constaterez, d'après les renseignements que renferme le mémoire, que ce n'est certainement pas le cas en ce qui concerne la périnatalité.

On estime, d'après les données qu'on a en main, qu'on a probablement besoin d'environ 98 lits pour assurer des services adéquats en périnatalité. En fait, nous disposons d'environ 40 lits dans la région. Les données montrent dans quelle mesure ce type de service peut réduire le nombre de décès. Et ce qui

[Text]

importantly, it shows what the difference is as far as the prevention of a major developmental handicap, especially cerebral palsy, is concerned.

The present status in this region is, despite this concept being supported at virtually every level of government, as the federal task force report will show when it comes out at the beginning of March, —it certainly backs it—the Ministers of Health in virtually every province, including Ontario—and the last three Ministers of Health in Ontario have supported the concept—do not have the resources to put into it that are required.

As a result, we had less than 50% of the physical facilities that are required. We have no training programs to provide the people for future positions in this program. We do not have the staff at the present time. Even if we had the money to hire them, we could not find them.

We do not have the equipment. For example, we cannot monitor peri-natal patients being transported from one place in the province to another. We do not have a central resource line so that physicians in the province can even find out where resources are available.

And at the present time, they are not available. We show how, in 1982, an average of 18 patients a month, in adequately documented cases of where this care was required, were having to be refused.

• 1030

Resources are being increased, but slowly. In 1983 the refusals in actual fact in the central-east region numbered 300. It is now getting such that in fact, because of the demand from the central-east region, the central-west region around McMaster in Hamilton also does not have the resources required, and in fact patients in that region are not able to get care within that region. People from Toronto or Hamilton or Kitchener or Guelph may well have to go to Ottawa or London to try to get care, if beds are able to be found there.

The province as a whole suffers even worse. We have no resources of this nature in the northern portions of the province. We constantly try, as does the Hospital for Sick Children, to provide this resource for the north. We may well have to transfer patients to Winnipeg because we cannot provide the resource.

I am afraid, Mr. Chairman, the only adequate way, unfortunately, that this is going to be finally documented is in the follow-up programs: the Cerebral Palsy Foundation and the Society for the Mentally Retarded.

I have nothing further.

The Chairman: Thank you.

Dr. Sussman.

Dr. H.L. Sussman (Canadian Medical Association, Chairman, London Psychiatric Hospital): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, despite often valiant help from the

[Translation]

est encore plus important, ces données montrent dans quelle mesure ces services peuvent prévenir un handicap majeur de développement, spécialement la paralysie cérébrale.

A l'heure actuelle, dans la région, même si cette idée est approuvée à presque tous les paliers de gouvernement, comme le rapport du groupe de travail fédéral le fera ressortir lorsqu'il sera rendu public au début du mois de mars, de même les ministres de la Santé de presque toutes les provinces, y compris l'Ontario, et c'est le cas des trois derniers ministres de la Santé de cette province, le financement de cette activité n'est pas suffisant.

En conséquence, nous disposons de moins de 50 p. 100 des installations qu'il nous faut. Nous n'avons pas de programme de formation pour combler les postes éventuels de ce programme. Nous n'avons pas le personnel voulu à l'heure actuelle. Même si nous avions l'argent pour le recruter, nous ne pourrions en trouver.

Nous n'avons pas l'équipement. Par exemple, nous ne pouvons surveiller les patients en périnatalité qui sont transportés d'un endroit de la province à un autre. Nous n'avons pas de répertoire centralisé de ressources qui permettrait aux médecins de la province de savoir où se trouvent les ressources.

A l'heure actuelle, le service n'existe pas. Le mémoire montre, avec documentation à l'appui, qu'en 1982, 18 patients par mois en moyenne se sont vu refuser des soins à cause des lacunes de ce service.

Les ressources augmentent, mais lentement. En 1983, on a refusé des soins à 300 patients de la région centre-est. La situation est telle maintenant que, à cause de la demande provenant de la région centre-est, la région centre-ouest autour de McMaster à Hamilton n'a plus les ressources voulues, de sorte que les patients de cette région ne peuvent obtenir les soins dont ils ont besoin. Les gens de Toronto, de Hamilton, de Kitchener ou de Guelph devront peut-être se rendre à Ottawa ou London pour obtenir des soins, dans la mesure où il y aura des lits disponibles.

Le problème de la province dans son ensemble est encore pire. Nous n'avons pas de ressources de cette nature dans le Nord de la province. Nous essayons constamment, tout comme l'Hôpital pour enfants malades, de dispenser ce service pour les habitants du Nord. Nous devons peut-être envoyer des patients à Winnipeg parce que nous n'avons pas les ressources ici.

Je crains, monsieur le président, que le seul moyen efficace de régler ce problème ne soit malheureusement par la voie des programmes d'appoint tels ceux de la Fondation pour la paralysie cérébrale et de la Société pour les retardés.

Je n'ai rien de plus à dire.

Le président: Merci.

Docteur Sussman.

Dr H.L. Sussman (Association médicale canadienne, président, Hôpital psychiatrique de London): Monsieur le président, mesdames et messieurs, malgré l'appui souvent

[Texte]

Ontario government, the people who are really being shafted, people losing out in the whole system, are the patients, whom we often lose sight of. I refer to the declining areas of patient care, both qualitative and quantitative. I speak with some feeling about "quantitative" in terms of the fact that we cannot, because of problems in the system relating to funding, find staff. Where in the Cleghorn report it has been recommended we have about 183 to 185 qualified psychiatrists in the psychiatric hospitals in Ontario, at present we have about 120. With that, they are the lowest-paid psychiatrists in Canada, as part of the funding problem.

Some 22% of all the doctors in psychiatric hospitals are on special licence, which implies that these people have to be recruited from outside Canada. In many cases these people have a paucity of understanding of the English language. The people who suffer in a science which has to do with communication very obviously are the patients. It is almost impossible to find residents who are trained in Canada to accept posts in psychiatric hospitals. For example, at Queen Street's Mental Health Centre last year 17 residents completed their fellowships. Not one single one went into the psychiatric hospital system. They all opted to go into private practice, because of the system as it is.

Funding militates against good treatment, in that there are no real follow-up systems for patients discharged from psychiatric hospitals. A great deal of effort goes into helping and training and re-education of patients, to have them utilize the revolving-door system by coming back within a matter of weeks or months. Sometimes I feel that 50% of the psychiatric beds in Ontario could be closed permanently, provided we had the funding for follow-up systems—half-way homes, three-quarter-way homes—which at the present moment do not exist. It is very much like building a super-highway, a magnificent super-highway, with no off ramps.

The problems in the system are very specific, and they are related to the supply, again, in summation, of quantity and quality. The patients of Ontario, the people of Ontario, should, in my estimation, have the best in terms of their quantity and quality.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Doctor.

Dr. Isaac.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, these are the views of six experts. We could have brought you thirty more in different areas of expertise and you would see that the problems were greater than the tip of the iceberg that we brought along. These are the priority problems which we see in the system in Ontario, and we would indeed be interested to hear some of the analyses and solutions which your committee, which is studying health care, has, Mr. Chairman.

We would be happy to answer any questions.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Isaac, gentlemen.

36144-2

[Traduction]

louable du gouvernement ontarien, ceux qui sont vraiment lésés, ceux qui y perdent le plus dans tout le système, ce sont les patients eux-mêmes qu'on perd souvent de vue. Les soins sont en perte de vitesse à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif. L'élément quantitatif me préoccupe en ce sens que, à cause du manque de financement, il est impossible de trouver du personnel. Le rapport Cleghorn disait qu'il fallait environ de 183 à 185 psychiatres qualifiés dans les hôpitaux psychiatriques de l'Ontario, alors qu'à l'heure actuelle il n'y en a qu'environ 120. De plus, à cause du problème de financement, ils sont les psychiatres les moins bien payés au Canada.

Environ 22 p. 100 de tous les médecins des hôpitaux psychiatriques travaillent avec un permis spécial, ce qui veut dire que ces gens-là doivent être recrutés à l'extérieur du Canada. Dans bien des cas, ces médecins comprennent très mal l'anglais. Ce sont évidemment les patients qui souffrent le plus de cet état de choses, puisqu'il s'agit d'une science qui repose sur la communication. Il est presque impossible de trouver des résidents formés au Canada qui soient prêts à accepter des postes dans les hôpitaux psychiatriques. Par exemple, l'an dernier, au Centre de santé mentale de la rue Queen, 17 résidents ont terminé leur internat. Pas un seul n'a rejoint le système des hôpitaux psychiatriques. Ils ont tous choisi la pratique privée, le système étant ce qu'il est.

Le manque de financement nuit aux bons traitements, en ce sens qu'il n'existe aucun système de soins posthospitaliers pour les patients qui reçoivent leur congé des hôpitaux psychiatriques. On déploie énormément d'efforts pour aider, former et réadapter les patients, simplement pour les voir réintégrer le système après quelques semaines ou quelques mois. Parfois, j'ai l'impression qu'on pourrait supprimer en permanence 50 p. 100 des lits des services psychiatriques en Ontario si nous avions les fonds voulus pour assurer le fonctionnement d'un système de soins posthospitaliers; c'est-à-dire des foyers d'accueil et de réadaptation qui n'existent pas à l'heure actuelle. C'est comme si on aménageait une grande autoroute, une super autoroute sans voie de sortie.

Les problèmes du système sont très particuliers, et ils tiennent, somme toute, à la quantité et à la qualité des services. Les patients de l'Ontario, les gens de l'Ontario devraient, à mon sens, avoir les meilleurs services tant quantitativement que qualitativement.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur.

Le docteur Isaac.

Dr Isaac: Monsieur le président, vous venez d'entendre le point de vue de six spécialistes. Nous aurions pu vous en amener 30 autres de différentes spécialités, et vous n'auriez vu encore que la pointe de l'iceberg. On vous a exposé les grands problèmes du système en Ontario, et nous aimerions bien voir, monsieur le président, les analyses et solutions qu'envisage votre Comité dans le cadre de son mandat.

Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, docteur Isaac, messieurs.

[Text]

Dr. Halliday will commence.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

• 1035

Quite a few of us were here last night, Mr. Chairman. I think perhaps you were unable to be here yourself and there were others missing. But we had a very telling testimony from the specialists from Quebec, and I am reminded of them when I hear you gentlemen here today, particularly the three of you from the tertiary care centres in Toronto.

As a family physician, I have long found myself the advocate of family practice, but one is beginning to see—and I am as aware as anybody—that the successful family practice depends upon an adequate tertiary centre in your locality and adequate research going on there. Indeed, the advancement of medicine, as Dr. Scully said, depends upon adequate research.

About 10 years ago in this country, the government at that time chose to follow a policy of buying research. I am talking about research in general. We chose to buy research from outside the country; we saw how that failed and we have paid the price for it. Now, Mr. Chairman, our witnesses today are telling us we are heading into that same situation in the medical research area, where we are not providing, first of all, the capital funds and then the equipment and then the staff to do that kind of thing in our medical centres. We are going to be into the kind of quality of care, or the lack of it, for the very reason we see now in the general scientific area of our country, because of the failure 10 years ago to put money where it should be put.

Now, since you are dealing with Bill C-3, Mr. Chairman, I want to ask our witnesses this, particularly Dr. Scully, whose testimony I thought was very telling, indeed. He did intimate in a way that a large part of the funds from extra-billing does not get into the personal pockets of the specialist in the tertiary centres. Now, of course, that is unknown to most people in Canada. They think the specialists are pocketing all this money. I wonder if Dr. Scully could just elaborate on the effect of Bill C-3 on physicians' incomes and also the effect of it on the availability of funds for research in our tertiary centres.

Dr. Scully: Mr. Chairman, I would be happy to respond to the question.

With regard to what happens to extra-billing funds in the tertiary centres, it is fair to point out that is not a large source of income for those working in tertiary care centres. The important principle, however, is that because so much support from everyone working in those centres is going back into the

[Translation]

Monsieur Halliday va commencer.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Nous étions assez nombreux hier soir, monsieur le président. Je pense que vous ne pouviez pas vous rendre à la réunion vous-même, comme d'autres d'ailleurs. Mais nous avons entendu un témoignage très révélateur de la part de spécialistes du Québec, et je n'ai pu m'empêcher de me rappeler leurs propos lorsque je vous ai entendus aujourd'hui, messieurs, particulièrement les trois qui travaillent dans les centres tertiaires de Toronto.

Comme médecin de famille, j'ai longtemps lutté pour la pratique de la médecine familiale, mais on commence à s'apercevoir, et je suis aussi conscient que n'importe qui, que le succès de la médecine familiale dépend de l'existence dans votre localité d'un centre tertiaire adéquat et d'un effort de recherche suffisant. En fait, comme l'a dit le Dr Scully, l'avancement de la médecine repose sur un effort de recherche adéquat.

Il y a environ 10 ans, au Canada, le gouvernement a choisi de suivre une politique consistant à acheter des services de recherche. Je parle de la recherche en général. Nous avons décidé d'acheter les produits de la recherche effectuée en dehors du pays; nous avons constaté l'échec de cette politique et nous en avons payé le prix. Maintenant, monsieur le président, nos témoins aujourd'hui nous disent que nous sommes en proie aux mêmes problèmes dans le domaine de la recherche médicale parce que, premièrement, nous n'avons pas les fonds d'immobilisations voulus et, deuxièmement, nous n'avons pas l'équipement ni le personnel pour effectuer la recherche dans nos centres médicaux. Nous serons aux prises avec un problème de qualité de services, ou un manque de qualité de services parce que nous n'aurons pas consacré les fonds voulus à la recherche médicale, comme ce fut le cas au pays il y a 10 ans, dans le domaine de la recherche scientifique en général.

Puisque nous étudions le Bill C-3, monsieur le président, je voudrais poser la question suivante à nos témoins, en particulier au Dr Scully dont le témoignage est, à mon sens, très révélateur. Il a bien donné à entendre qu'une bonne part du produit de la surfacturation ne va pas au compte des revenus personnels des spécialistes des centres tertiaires. Evidemment, c'est du nouveau pour la plupart des Canadiens. On pense généralement que les spécialistes empochent tout cet argent. Le Dr Scully pourrait-il nous expliquer quels seront les effets du Bill C-3 sur les revenus des médecins et aussi, quels seront les effets sur la disponibilité de fonds destinés à la recherche dans nos centres tertiaires.

Dr Scully: Monsieur le président, je me ferai un plaisir de répondre à cette question.

Pour ce qui est du produit de la surfacturation dans les centres tertiaires, il est juste de souligner qu'il ne constitue pas une source importante de revenus pour les médecins qui travaillent dans ces centres. Ce qu'il faut retenir, toutefois, c'est que ceux qui pratiquent la surfacturation n'en retirent

[Texte]

teaching and research activity, there is no personal gain of any significance at all being realized by those who are doing any extra-billing, if they are.

The great concern we have in the institutions is: If we cannot get the equipment to attract the people in the training programs to learn the skills that are important in delivering up-to-date care, with the technology that is available and the communication systems that are available, then 10 or 15 years from now they will not be here. We will not have the capability of training them because we will not have the facility. Those who wish to get the training will leave, and inasmuch as the institutions we will then have will not have the capability, they will have no incentive or opportunity for coming back.

The ultimate outcome of that is a very steady deterioration in quality for the patients of the country, for all of us who are going to need those facilities. It is very demoralizing, when one speaks to the brightest and the best who are coming up through the training programs, to recognize now that an increasing number of them really have no intention of staying around to train in Canada, because they do not see that the opportunity is there either for them to train or for them to stay.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I assume from what Dr. Scully says that the effect of Bill C-3, then, will in effect be to actually diminish the amount of funds available for research and the like and the availability of equipment in our tertiary centres.

I take it that some of the funds the hospitals receive now come by way of moneys derived from extra-billing. If this Bill passes as it is, it will in effect cause a net decrease in the amount of money available for medical research and the equipment needed in tertiary centres. Am I correct?

Dr. Scully: I think to a small degree that is correct. The overriding concern, however, is that the Bill does not deal with the issue of how funds are going to be put into the system, really only how they are going to be taken out of the system. We are already in serious trouble.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I wanted to get to that point next because I wanted, first of all, to be convinced that the Bill is a damaging Bill as it is. We all know the Bill is deficient in so many ways. The funding part is only one of the ways it is deficient.

Let me proceed a little further with that. Most of you who work in tertiary centres have a lot of experience with other countries in the world and your colleagues there. I believe Dr. Scully has mentioned Boston as one of the places he is familiar with. What I am interested in knowing, again going back to how we can amend Bill C-3, is this: is it appropriate that patients should have some form of participation in the financial costs of their health care where they are able to do it? Is that appropriate? In other countries in the world where they provide the facilities you are talking about that we do not

[Traduction]

aucun avantage personnel important puisque le produit de cette pratique est consacré à l'enseignement et à la recherche.

Le gros problème des institutions est le suivant: si nous n'avons pas l'équipement voulu pour inciter les gens à suivre les programmes de formation qui leur permettront d'acquérir les connaissances indispensables à la prestation de services modernes, avec la technologie et les systèmes de communication qui existent, nous n'aurons pas ces gens-là d'ici 10 ou 15 ans. Nous ne pourrions pas former de spécialistes, parce que nous n'aurons pas les installations pour le faire. Ceux qui voudront apprendre devront quitter le pays, et tant que les institutions ne seront pas dotées des moyens essentiels, ces gens-là n'auront aucune motivation ni aucune possibilité de revenir.

Résultat: Détérioration constante de la qualité pour les patients du pays et pour tous ceux d'entre nous qui ont besoin de ces installations. C'est très démoralisant de voir qu'un nombre de plus en plus grand de nos éléments les plus prometteurs et les plus compétents qui poursuivent leurs études n'ont vraiment pas l'intention de rester au Canada parce que le pays n'a rien à leur offrir sur le plan de la formation ou sur le plan de la pratique.

M. Halliday: Monsieur le président, d'après ce que le Dr Scully nous dit, le Bill C-3 aura donc pour effet de réduire le financement destiné à la recherche et autres activités du genre, ainsi qu'à l'acquisition d'équipement pour nos centres tertiaires.

Je crois comprendre qu'une partie des fonds que reçoivent les hôpitaux vient du produit de la surfacturation. Si le projet de loi est adopté dans sa forme actuelle, il entraînera une diminution nette des fonds destinés à la recherche médicale et à l'acquisition d'équipement dont on a besoin dans les centres tertiaires. Est-ce bien cela?

Dr Scully: Dans une certaine mesure, c'est vrai. Le gros problème, toutefois, c'est que le projet de loi ne parle pas des modalités de financement du système, mais seulement des sanctions qui seront imposées. Nous sommes vraiment aux prises avec un grave problème.

M. Halliday: Monsieur le président, je voulais justement en venir à cette question, mais je souhaitais d'abord me convaincre que le projet de loi tel qu'envisagé sera lourd de conséquences. Nous savons tous que le projet de loi est déficient sous de nombreux rapports. La question du financement ne constitue qu'une de ses lacunes.

Permettez-moi d'approfondir un peu cette question. La plupart de ceux qui travaillent dans les centres tertiaires savent ce qui se passe dans d'autres pays du monde et connaissent bien leurs confrères à l'étranger. Je pense que le Dr Scully a dit qu'il connaissait bien le centre de Boston. Voici ce que j'aimerais savoir, toujours en vue des amendements qu'on pourrait apporter au projet de loi C-3: est-il bon que les patients participent d'une façon quelconque aux coûts des soins de santé qui leur sont dispensés lorsqu'ils en ont les moyens? Est-ce une bonne politique? Les autres pays qui ont les services

[Text]

provide, is that because, or partly because, they have a different system of funding that allows some patient participation? Are there any countries in the world that have no patient participation?

• 1040

Dr. Isaac: The answer, Mr. Chairman, is that virtually every western country—and they all have some form of state medical care, state involvement in medical care—has either private insurance or user fees or both. It is only in the communist bloc that these things officially do not exist.

The Chairman: Last question.

Mr. Halliday: One question. I am not very much of an expert at identifying accents, but I thought both Dr. Moulton and Dr. Sussman might not have been born in Canada and I wondered whether they could give us any knowledge they might have on medical care systems where they have some experience. Is that a fair question to ask? I suspect that my premise is right.

Dr. Moulton: Mr. Chairman, I have been in northwestern Ontario for 18 years now and I am very much out of date with what is happening in England, but the Ontario system that I came to was, and still is, an extremely good system. We want to see it develop and grow and get better—not get worse. The present health care Bill, as presented, seems to be damaging rather than helping the care of my patients.

The Chairman: Dr. Sussman.

Dr. Sussman: Mr. Chairman, I have been in Canada now, at this stage of my life, for seven years, but I first came to Canada over 31 years ago to study medicine. In those days, the attraction was the quality of medicine in Canada and that was what brought me back to Canada.

In South Africa, where I came from originally, there is a form of user fee and that is that indigents pay nothing, but those who can afford to, according to a rating scale, pay as much as \$1.50 for, let us say, a heart transplant; others would pay \$3, again on a rating scale. That is about the only user fee that I can recall. But, again, I would like to stress that what brought me to Canada and what keeps me in Canada is the high quality of medicine, the high quality of patient care, and I would hate to see it slip.

The Chairman: Mr. Blaikie. Thank you, Dr. Halliday.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, first of all, I would just like to say, with respect to the donating of extra-billing back into the system, that this is a recent observation. It was made in previous testimony before this committee and we hear it again, but it is certainly not something that was ever brought up before in other opportunities that I have had to hear presentations about extra-billing—and I heard a lot of them when I

[Translation]

que vous dites ne pas avoir les ont-ils à cause partiellement d'un système de financement différent qui permet une certaine participation des patients? Y a-t-il des pays dans le monde qui n'ont pas de système de participation des patients?

Dr Isaac: La réponse, monsieur le président, est que presque tous les pays occidentaux, et chacun d'eux est doté d'une forme quelconque de régime de santé d'État ou de participation de l'État au régime de santé, presque tous les pays occidentaux ont un système d'assurance privée ou de frais modérateurs ou les deux. Ce n'est que dans les pays du bloc communiste que ces choses n'existent pas officiellement.

Le président: Dernière question.

M. Halliday: Une question. Je ne suis pas très bon pour reconnaître les accents, mais j'ai l'impression que les Dr Moulton et Sussman ne sont pas nés au Canada, et je me demandais s'ils ne pourraient pas nous expliquer les systèmes de soins médicaux dans lesquels ils ont travaillé. Est-ce une question raisonnable à poser? Je présume que ma première hypothèse est juste.

Dr Moulton: Monsieur le président, je travaille dans le nord-ouest de l'Ontario depuis 18 ans maintenant, et je ne suis plus tellement au courant de ce qui se passe en Angleterre, mais le système ontarien dans lequel je suis venu travailler et dans lequel je travaille toujours est un excellent système. Nous voulons le voir se développer, grandir et s'améliorer, pas empirer. Le projet de loi sur la santé qu'on envisage actuellement semblerait plutôt nuisible que favorable aux soins de mes patients.

Le président: Docteur Sussman.

Dr Sussman: Monsieur le président, je suis au Canada depuis sept ans maintenant, mais je suis venu au pays il y a plus de 31 ans pour faire des études de médecine. À cette époque-là, c'est la qualité de la médecine au Canada qui m'avait attiré, et c'est pour cette même raison que je suis revenu au Canada.

En Afrique du Sud, mon pays d'origine, il existe un système de frais modérateurs suivant lequel les pauvres ne paient rien alors que ceux qui en ont les moyens, selon un barème, paient jusqu'à 1.50\$, disons, pour une transplantation de cœur, et il y en a d'autres, selon le même barème, qui paieraient 3\$. C'est à peu près le seul système de ticket modérateur dont je me souviens. Mais, je tiens à le souligner, ce qui m'a amené au Canada et ce qui m'y retient, c'est la grande qualité de la médecine, la grande qualité des soins destinés aux patients, et je ne voudrais pas que cela change.

Le président: Monsieur Blaikie. Merci, monsieur Halliday.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais d'abord dire que la pratique consistant à remettre dans le système le produit de la surfacturation est une pratique assez récente. On l'a relevée dans des témoignages antérieurs, et on l'entend encore aujourd'hui, mais ce n'est certainement pas quelque chose qui a été mentionné auparavant dans d'autres séances de travail portant sur la surfacturation, et j'ai entendu beaucoup de

[Texte]

was on the task force on fiscal arrangements. It does not change my mind, but it does mean that some doctors who, if this is true, are doing that, are having motives assigned to them unfairly.

With respect to the comment about nursing homes and the very dramatic presentation, a sort of candidate for *Edge of Night* or *As the World Turns* about nursing homes, I have three nursing homes in my riding in the Province of Manitoba and there is not a single patient in a room with three other patients. If you do not like the system in Ontario, perhaps you should have something to say to the Ontario government, a government a great many of you have taken the opportunity to praise, while you have been here, about their lack of commitment to non-profit nursing homes and their ideological commitment to nursing homes for profit and the high proportion of proprietary nursing homes in the Province of Ontario. If the Ontario Medical Association had a position on that, I might be more willing to listen to your analysis, because Ontario does not have the best nursing home system in Canada, by far and away it does not have the best. I would just like to put that on the record, Mr. Chairman, and people could respond.

Dr. Genesove: Mr. Chairman, I could not give a tinker's damn who owns the nursing home that I work in . . .

Mr. Blaikie: I do. That is part of the problem, that you do not give a damn . . .

• 1045

The Chairman: Order, please, the witness has the floor.

Dr. Genesove: What I care about is the amount of care given and the quality of the care. I am delighted to hear that they only have semi-private rooms in Manitoba. I would hope that some day they would have primarily private rooms, because that is the way it should be.

The nursing home industry in Ontario is the most heavily policed that I ever have seen. It does not alter the fact that you need human beings to look after them. The same problem with numbers of people, Mr. Chairman, exists in publicly funded institutions—in our chronic hospitals, in our psychiatric hospitals—the bodies are not there; yes, even in our rehabilitation hospitals.

You can cut it any way you want to; you can start waving your swords at castles, but the fact is that you need the bodies. Turf out the private people and turn this into, if you will, a public set-up, maybe that will save you a dollar or two, I do not know, because I have noticed that the fees paid for administrative people seem to go up progressively as things become less private.

But the cost of nurses is there. You need them; you need good registered nurses who understand old people.

[Traduction]

témoignages sur cette question lorsque j'étais membre du groupe de travail sur les accords fiscaux. Cela ne change rien à mon idée, cela veut tout simplement dire que certains médecins qui se prêtent à cette pratique se voient imposer injustement des motifs.

Pour ce qui est du commentaire au sujet des maisons de repos et du drame qu'on a monté, digne des meilleurs téléromans comme *The Edge of Night* ou *As the World Turns*, je connais trois maisons de repos dans ma circonscription dans la province du Manitoba, et pas un seul patient ne partage sa chambre avec trois autres personnes. Si vous n'aimez pas le système en Ontario, vous devriez peut-être adresser vos critiques au gouvernement ontarien, celui-là même que vous avez encensé au cours de nos audiences, vous devriez peut-être lui parler de son manque de soutien pour les maisons de repos à but non lucratif, de son engagement idéologique à l'égard des maisons de repos qui rapportent des revenus et du grand nombre de maisons de repos privées dans la province. Si l'Association médicale de l'Ontario a un point de vue sur cette question, je suis bien prêt à écouter l'analyse que vous avez à en faire, parce que l'Ontario est loin d'avoir le meilleur système de maisons de repos au Canada, bien loin de là. Je voulais tout simplement dire ce que j'en pense, monsieur le président, et j'attends des commentaires.

Dr Genesove: Monsieur le président, je m'en moque éperdument de qui est le propriétaire de la maison de repos dans laquelle je travaille . . .

M. Blaikie: Pas moi. C'est une partie du problème, que vous vous en moquiez . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît, le témoin a la parole.

Dr Genesove: Ce qui me préoccupe, c'est la quantité et la qualité des soins dispensés. Je suis heureux d'entendre dire qu'on a seulement des chambres semi-privées au Manitoba. J'espère qu'un jour il n'y aura surtout que des chambres privées, parce que c'est ainsi que cela devrait être.

L'industrie des maisons de repos en Ontario est le secteur le plus étroitement surveillé que je connaisse. Cela ne change rien au fait qu'il faut des êtres humains pour faire fonctionner le système. Le même problème de main-d'oeuvre s'applique, monsieur le président, aux institutions publiques, dans nos hôpitaux pour malades chroniques, dans nos hôpitaux psychiatriques, il manque du personnel; oui, même dans nos hôpitaux de réadaptation.

Vous pouvez envisager le problème comme vous voudrez, vous pouvez critiquer les institutions, mais il vous faut du personnel. Supprimez les établissements privés, faites-en des institutions publiques, si vous le voulez, vous y économiserez peut-être quelques dollars, mais je n'en suis pas certain parce que j'ai remarqué que les salaires payés aux administrateurs semblent augmenter proportionnellement avec la participation du secteur public.

Mais le coût des infirmières est là. Il faut des infirmières; il faut des infirmières diplômées compétentes qui comprennent les vieillards.

[Text]

The cost of nursing aids is there. Orderlies hardly exist. The only ones we get are from Third World countries, because we have never learned, in our sexist environment, that there are men who should be washing and cleaning and wiping and helping males; and the nurses' aids are sitting out there still on the welfare rolls.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, again with respect, the problem with a lot of these presentations is they are not put in the larger social economic context. With respect, for instance, to the presentation having to do with Indians around Kenora and on reserves near and in the surrounding area, what was the position of the Ontario Medical Association with respect to the lack of inaction on the part of the Government of Ontario and, for that matter, the federal government with respect to mercury pollution of the English-Wabigoon river system and all the socio-economic questions that have to be asked about what happens to people on reserves in that area, particularly Whitedog and Grassy Narrows?

Where is the challenge to the economic structures that have a lot to do with underfunding? Let me ask the doctors—for instance, we had a budget last week, and in that budget we had provisions which now provide that certain people in this country will be able to put up to \$15,000 a year into a registered retirement savings program. This is another tax expenditure . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, I am not . . .

Mr. Blaikie: No, hold it, Mr. Chairman.

The Chairman: Just a minute, please. Order! I am very lenient on relevancy, but I think we have to keep to relevancy. I do not mind you making a short aside, but I think we should go back to the main question.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, underfunding is related to taxes, and taxes are related to the kind of tax choices we make in this country and the priorities we have, and I want to know the position of the doctors. They belong to one of the more wealthy groups in society. Are they prepared to see some of the tax advantages that others in their group enjoy forfeited so that we can have more funding of health care services, in this case in the Province of Ontario? That is what it comes down to in the final analysis. They have to take a position not just on how woefully inadequate the health care system is according to their own analysis, they have to take a position of what kind of economic steps they would like to see to make the kind of funding they are demanding be available. And until we hear that we do not have the full picture.

The Chairman: Dr. Isaac.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, we have expert committees with a position on most things, including mercury pollution. With five days' notice we were unable to marshal all this information, and we certainly did not bring it all with us, but we would be happy to send in whatever information Mr. Blaikie wishes, in due course, in terms of our positions.

[Translation]

Le coût des aides-infirmières est là. Les aides-infirmières sont rares. Les seules qu'on ait viennent de pays du Tiers monde parce que nous n'avons jamais appris, dans notre environnement sexiste, que ce sont des hommes qui devraient laver et aider les hommes et s'en occuper; et les aides-infirmières sont là à toucher des prestations de bien-être social.

M. Blaikie: Monsieur le président, si vous me permettez, le problème avec de nombreuses communications qu'on a entendues, c'est qu'on oublie de les situer dans leur contexte socio-économique plus large. Au sujet par exemple du mémoire portant sur les Indiens de Kenora et des réserves voisines de cette région, quelle était la position de l'Association médicale de l'Ontario concernant l'inertie du gouvernement ontarien et, partant, du gouvernement fédéral dans le dossier de la pollution par le mercure du réseau fluvial *English-Wabigoon* et toutes les questions socio-économiques touchant les habitants des réserves de cette région, particulièrement de Whitedog et Grassy Narrows?

Pourquoi ne critique-t-on pas les structures économiques qui sont largement responsables du financement insuffisant? Laissez-moi demander aux médecins—par exemple, le budget déposé la semaine dernière renferme une disposition qui permet à certains d'investir jusqu'à 15,000\$ par année dans un régime d'épargne-retraite enregistré. C'est une autre dépense sous forme de dégrèvement fiscal . . .

Le président: Monsieur Blaikie, je ne suis pas . . .

M. Blaikie: Non, attendez un peu, monsieur le président.

Le président: Un instant, s'il vous plaît. À l'ordre! Je suis très souple pour ce qui est de la pertinence des questions, mais je pense qu'il faut quand même être pertinent. Je n'ai rien contre les petites parenthèses, mais je pense que nous devrions en revenir à la question principale.

M. Blaikie: Monsieur le président, le manque de financement a quelque chose à voir avec les impôts, et les impôts ont quelque chose à voir avec le genre de décisions fiscales que nous faisons au pays et avec les priorités que nous avons, et je voudrais connaître la position des médecins là-dessus. Les médecins sont l'un des groupes les plus riches de la société. Sont-ils prêts à renoncer à certains avantages fiscaux dont jouissent d'autres membres de leur groupe pour que nous puissions financer davantage les services de soins de santé, ceux de la province de l'Ontario en l'occurrence? C'est de cela qu'il s'agit, au bout du compte. Ils doivent prendre position non seulement sur l'inefficacité du système de santé, d'après leurs propres analyses, mais ils doivent aussi prendre position sur le genre de mesures économiques qu'ils préconiseraient pour obtenir le financement qu'ils exigent. Et tant qu'on n'aura pas leur point de vue là-dessus, l'analyse sera incomplète.

Le président: Docteur Isaac.

Dr. Isaac: Monsieur le président, nous avons des comités d'experts qui se prononcent sur la plupart des problèmes, y compris la pollution par le mercure. Avec un préavis de cinq jours, nous avons été incapables de constituer un dossier complet, et nous n'avons certainement pas toutes les données en main, mais nous nous ferons un plaisir de transmettre toute

[Texte]

What we are saying today is that we are disappointed that there are major problems in the health care system which go far beyond the things which Bill C-3 addresses, and to us it is so obvious that these things are largely related to either a lack of money in the system or an excess of political promises. These things are so obvious to us that we even wonder if Bill C-3 is not a smoke-screen to direct the public's attention to an area where the doctors can be blamed for almost everything—as Mr. Blaikie seems to be doing now—Mr. Chairman.

• 1050

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, it is not a question of blaming doctors for everything, it is asking doctors to participate in the full range of the debate that is necessary about health care and where we put our money; for example, the whole question of tax expenditures. That takes money out of the public treasury and therefore it is unavailable for other purposes. We cannot talk about these things in isolation from that.

Finally, Mr. Chairman, with respect to the comment about nursing homes: In my riding they do not have semi-private rooms, they all have private rooms. They are all in rooms by themselves.

Dr. Genesove: May I once again congratulate, Mr. Chairman . . .

Mr. Blaikie: So let us get that straight. And I recommend to the Government of Ontario that they abandon their connection with the concept of nursing homes for private profit; and I recommend to the Ontario Medical Association that they get on board and do something about that.

Dr. Isaac: Dr. Scully would like to say a few words.

The Chairman: Dr. Scully.

Dr. Scully: Mr. Chairman, in response to some of the latter observations, I have already pointed out to this group that many physicians are participating to a much greater degree than paying taxes only in supporting the system at the present time.

With regard to the allegations that the Province of Ontario is not doing the job that it is purporting to do, it is only fair to point out that Ontario has more medical schools, more research institutions, more education programs going on in this whole arena than any other province—indeed, almost more than the rest of the country put together. There are only so many dollars.

We would like to see this group address the issue of the joint funding. Rather than taking money away let us put it where we need it, and let us share it equally.

The Chairman: Thank you.

First of all, I will go to Mr. Allmand. Now, we have a number of members who want to question. I will try to get to

[Traduction]

l'information que demande M. Blaikie, en temps et lieu, en ce qui concerne notre position sur différentes questions.

Ce que nous disons aujourd'hui, c'est que nous sommes déçus de voir qu'il y a des problèmes majeurs inhérents au système de soins de santé, qui ne sont même pas traités dans le Bill C-3, et pour nous, il est trop évident que ces problèmes sont largement imputables soit à un manque de financement du système, soit à des promesses politiques excessives. C'est tellement évident pour nous qu'on se demande si le Bill C-3 n'est pas simplement un écran de fumée pour détourner l'attention du public et l'amener à croire que les médecins sont à blâmer pour presque tout, comme M. Blaikie semble vouloir le faire maintenant, monsieur le président.

M. Blaikie: Monsieur le président, il n'est pas question de blâmer les médecins pour tout, je demande simplement aux médecins de participer pleinement aux débats qui s'imposent au sujet des soins de santé, et de s'interroger sur la destination des fonds; par exemple, toute la question des dégrèvements d'impôt. Cela prive le Trésor public de fonds qu'il serait possible d'affecter ailleurs. Nous ne pouvons pas ne pas parler de ces choses-là.

Finalement, monsieur le président, au sujet des maisons de repos: dans ma circonscription, il n'y a pas de chambres semi-privées, il n'y a que des chambres privées. Tous les patients ont une chambre privée.

Dr. Genesove: Monsieur le président, permettez-moi encore une fois de féliciter . . .

M. Blaikie: Je tiens à ce que cela soit clair. Et je recommande au gouvernement de l'Ontario de renoncer à l'idée de maisons de repos privées à but lucratif; et je recommande à l'Association médicale de l'Ontario de se réveiller et de faire quelque chose à ce propos.

Dr. Isaac: Le Dr. Scully aimerait dire quelque chose.

Le président: Docteur Scully.

Dr. Scully: Monsieur le président, en réponse aux dernières observations, je vous ai déjà dit que de nombreux médecins participent au financement du système beaucoup plus que par la simple voie des impôts.

Pour ce qui est des allégations selon lesquelles la province de l'Ontario ne fait pas le travail qu'elle prétend accomplir, je pense qu'il est juste de souligner que l'Ontario compte plus d'écoles de médecine, plus d'institutions de recherche, plus de programmes d'éducation que toute autre province, en fait, presque autant que toutes les autres provinces du pays prises dans leur ensemble. Mais les fonds ne sont pas illimités.

Nous aimerions que le comité aborde la question du financement mixte. Plutôt que d'imposer des amendes, mettons l'argent où il faut, et partageons-le également.

Le président: Merci.

Je vais d'abord donner la parole à M. Allmand. Il y a un certain nombre de députés qui veulent poser des questions. Je

[Text]

as many as possible, but I will just perhaps have a couple of questions per person, please.

Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Thank you, Mr. Chairman. Dr. Genesove—I hope it is the right pronunciation . . .

Dr. Genesove: Well done.

Mr. Allmand:—you described in a very dramatic way the terrible conditions for older, chronic care patients. I have already raised this matter before this committee on two or three occasions. I have described conditions as being—in my province anyway—shameful and disgraceful. I am able to describe some of the places where those people are as hovels.

What the doctors here today have mainly concentrated on, if I understand them correctly, is the underfunding for personnel, more and better trained personnel, paramedicals, orderlies, and capital financing. And I fully agree with them. I am Chairman of the labour and employment committee in the House of Commons, and there we are studying the problems of unemployment. Why are so many Canadians unemployed? The Canadian Council on Social Development came before us a few weeks ago and said that they have a list of 300,000 jobs that they could fill in this country, including some of the jobs that were mentioned this morning, if they only had the financing.

So I agree 100% with the needs that are being described by the doctors. But I would like to ask them this question: How is extra-billing or user fees going to solve those problems? How is extra-billing going to put more doctors in the Kenora area? How are user fees going to solve the problem of the older chronic care patients unless they are very wealthy? It is the patients who have to pay these user fees.

Now, this Bill is directed to solving the problem of user fees and extra-billing. That is one problem. The problems that the doctors describe are other problems which I support 100%. I will do everything in my power to solve them. But it seems to me that the funding for those things has to come out of . . . We have to decide as a country to put more money, pay more taxes, have less private spending and more public spending for those things, or we have to redirect our money from some public programs into health care.

Maybe this is not the right measure. Mr. Blaikie and others do not think so. We spend 8% approximately of GNP on health care. In the United States they spend about 10%. Do they think we should spend more? Do they think we should spend a greater percentage of our government budgets, federal and provincial, on health care? Also, how are extra-billing and user fees going to solve the problems of the shortage of doctors and the shortage of facilities—really solve the problem? This question was raised by the other side and I think Dr. Scully replied that while it is marginal, it is not really going to solve

[Translation]

vais essayer d'en faire passer le plus grand nombre possible, mais chacun devrait peut-être se limiter à quelques questions seulement, s'il vous plaît.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Merci, monsieur le président. Docteur Genesove, j'espère que c'est la bonne prononciation . . .

Dr Genesove: Très bien.

M. Allmand: . . . vous avez décrit de façon très dramatique les conditions de vie terribles des patients âgés atteints de maladie chronique. J'ai déjà soulevé cette question devant le comité à deux ou trois reprises. J'ai décrit la situation comme étant, dans ma province du moins, honteuse et scandaleuse. Je peux vous décrire certains taudis qu'habitent ces personnes.

Si j'ai bien compris l'essence de leur message, les médecins ont fait ressortir principalement aujourd'hui le manque de fonds pour le personnel, le nombre insuffisant de personnel compétent, de para-médicaux, d'aides-infirmières, et le manque de financement en capital. Et je suis entièrement d'accord avec eux. Je suis président du Comité du travail et de la main-d'oeuvre de la Chambre des communes, et nous sommes en train d'étudier le problème du chômage. Pourquoi y a-t-il tant de chômeurs au Canada? Le Conseil canadien du développement social s'est présenté devant le Comité, il y a quelques semaines, et a déclaré qu'il possédait une liste de 300,000 emplois disponibles au pays, y compris certains emplois que vous avez mentionnés ce matin, et qu'ils ne sont pas remplis faute de financement.

Alors je suis entièrement d'accord avec la description des besoins que nous ont fait les médecins. Mais j'aimerais leur poser la question suivante: comment la surfacturation ou les frais modérateurs pourront-ils régler ces problèmes? Comment la surfacturation permettra-t-elle d'envoyer plus de médecins dans la région de Kenora? Comment les frais modérateurs régleront-ils les problèmes des patients âgés souffrant de maladie chronique s'ils ne sont pas très riches? Ce sont les patients qui doivent payer ces frais modérateurs.

Or, le projet de loi vise à résoudre le problème des frais modérateurs et de la surfacturation. C'est un problème. Les problèmes que nous décrivent les médecins sont d'un tout autre ordre, et je suis entièrement d'accord avec eux. Je ferai tout ce que je peux pour les résoudre. Mais j'ai l'impression que le financement doit venir de . . . Nous devons décider, en tant que pays, de consacrer plus de fonds, de payer plus d'impôt, de réduire les dépenses privées et d'accroître les dépenses publiques, ou de transférer les fonds de certains programmes publics dans le système de soins de santé.

Ce n'est peut-être pas la façon d'y arriver. M. Blaikie et d'autres ne semblent pas y croire. Nous consacrons environ 8 p. 100 du PNB au régime de santé. Les États-Unis y consacrent environ 10 p. 100. Devrait-on dépenser davantage? Devrait-on consacrer un pourcentage plus élevé du budget des gouvernements fédéral et provinciaux au régime de santé? De plus, comment la surfacturation et les frais modérateurs vont-ils résoudre les problèmes de pénurie de médecins et de manque d'installations; je veux dire vraiment résoudre le problème? La question a été soulevée par l'autre côté, et je

[Texte]

the problem. So I put those points before you telling you that I support the submissions you made this morning, but in a sense they are a red herring with respect to the problem that this bill addresses.

• 1055

I know the preamble to the bill seems to have a wide ambit, but the real purpose of the bill, and Dr. Hall when he was before us confirmed that, is to prevent user fees and extra-billing.

Dr. Isaac: That is right. Mr. Chairman, we are not suggesting we have a panacea. We are not suggesting that user fees and balance billing are the cause of all the problems or that removing them would cure all the problems. I think the only people who have that impression are the people who read newspaper headlines and members of the public who read the headlines only. They know there are a few problems and they think the Canada Health Act is going to address it. We do not think that. We think the focus in the Canada Health Act does not respond to the matters addressed in the preamble, which are much broader. We are just saying that, as I said before, the matters addressed in the act would seem to be a distraction from the real problem—a smokescreen.

Mr. Allmand: Doctor, would you answer my question. How do you think then we should solve these problems which you have very well described? I agree with every one of you that we need more money in the capital financing and we need more money into the provision of personnel at all levels. Should we put a greater percentage of our GNP? Are you suggesting we should have . . . I think the burden should fall equitably on our total population; it should not be paid for by user fees or extra-billing. Should we divert a larger percentage of our federal and provincial budgets into medical care and out of other things? How are we going to pay for this?

The Chairman: Dr. Scully.

Dr. Scully: Mr. Chairman, at no time, that I am aware, has anybody in the profession ever suggested, as the last speaker has, that extra-billing and user charges are going to solve the problems in the system. I do not know that to have been recorded by anybody and certainly that is not our position. By the way, removing them is not either.

The real problem that we see is the need to work in a co-operative fashion with the federal and provincial governments and other health workers to look at the joint problems we all have. If that is government funding, let us look at it and let us make it equal across the board. If that is participation by the private sector, which is a position which we would favour, let us look at that also. Let us not throw out the baby with the bathwater. We are focusing on the wrong issue.

[Traduction]

pense que le Dr Scully a répondu que la différence serait marginale, que cela n'allait pas vraiment résoudre le problème. Alors, je vous pose ces questions en vous disant que je suis d'accord avec les observations que vous avez faites ce matin, mais je pense que vous passez à côté de la question, au regard du problème que le projet de loi vise à résoudre.

Je sais que le préambule du projet de loi semble avoir une grande portée, mais le but véritable du projet de loi, et le Dr Hall l'a confirmé lors de sa visite, c'est d'empêcher le recours aux frais modérateurs et à la surfacturation.

Dr Isaac: C'est exact. Monsieur le président, nous ne prétendons pas posséder le remède à tous les maux. Nous ne prétendons pas que les frais modérateurs et la surfacturation sont la cause de tous les problèmes ou que leur interdiction résoudrait tous les problèmes. Je pense que les seuls qui aient cette impression sont ceux qui lisent les grands titres des journaux et les gens qui ne lisent que cela. Ils savent qu'il y a quelques problèmes à résoudre, et ils croient que la Loi canadienne sur la santé constitue la solution. Nous ne sommes pas de cet avis. Nous estimons que l'esprit de la Loi canadienne sur la santé ne correspond pas à l'esprit du préambule qui est beaucoup plus large. Nous disons simplement, et je le répète, que les questions abordées dans la loi ne portent pas sur le véritable problème et constituent un écran de fumée.

M. Allmand: Docteur, voudriez-vous répondre à ma question? Comment pensez-vous que nous pourrions résoudre ces problèmes que vous venez si bien de décrire? Je suis d'accord avec vous tous qui dites que nous avons besoin de plus d'argent pour le financement en capital et l'acquisition de personnel de tous les niveaux. Devrions-nous prendre un plus fort pourcentage de notre P.N.B.? Pensez-vous que nous devrions . . . Je pense que le fardeau devrait être supporté également par l'ensemble de la population; il ne faut pas compter uniquement sur les frais modérateurs ou la surfacturation. Devrions-nous consacrer un plus fort pourcentage de nos budgets fédéraux et provinciaux aux régimes médicaux ou prendre les fonds d'ailleurs? Comment allons-nous payer pour cela?

Le président: Docteur Scully.

Dr Scully: Monsieur le président, jamais, à ma connaissance, quelqu'un de ma profession n'a soutenu, comme a semblé vouloir le dire le dernier intervenant, que la surfacturation et les frais modérateurs vont résoudre les problèmes du système. Je ne crois pas que personne de notre groupe ait dit quoi que ce soit en ce sens, et ce n'est certainement pas notre position. Soit dit en passant, l'interdiction de ces pratiques ne résoudra rien non plus.

Ce qu'il faut, c'est travailler de concert avec les gouvernements fédéral et provinciaux et autres intervenants dans le domaine de la santé pour chercher une solution aux problèmes communs à nous tous. Si c'est un problème de financement gouvernemental, analysons le problème et trouvons une solution équitable. Si la solution réside dans la participation du secteur privé, point de vue que nous préconisons, examinons

[Text]

Mr. Allmand: But, doctor, I did not suggest either . . . and this will be my last point—that you could solve the problems by extra-billing and user fees, but the principal purpose of this bill is to prevent a two-tiered system of medicine by preventing extra-billing and user fees. You have not come and told us whether you support or whether you oppose those parts of the bill. What you have done is you have described the great need for funding in medical care, in capital financing and personnel. I do not know who would disagree with you here on that. You accuse us of not paying attention to the proper problem. In coming before us you have not really told us what your position is on extra billing and user fees and the fact that the principal goal of this Bill is to prevent those. I was being rhetorical, I agree, but if you are not commenting on provisions to outlaw user fees and extra-billing and most of your submission is directed to putting more money into the funding area, it is presumed that by putting in this bill we are going to prevent the increased funds into these other areas which are so important. I think you can do both. We can pass this bill and then make a major effort to do all the things you are doing as well and I think we will have a good system.

• 1100

The Chairman: Mr. Allmand, we will let the witness answer now, please.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, by removing balance-billing from the system it will simply add a whole different set of problems. It will make it impossible for the professions to negotiate with the provincial or federal governments. It will make every physician an employee of the state. The criticism of the system may be less evident, because civil servants are usually less vocal than the present free-speaking physicians.

The negotiations I refer to are not only related to fees, but are related to conditions of service, which affect the public very intimately, and include such things as the ability of a provincial government to ration the generated costs arising from physicians' services. If negotiations are impossible, then budgetary constraints are liable to predominate, irrespective of what they do to standards. To remove extra-billing would remove flexibility from the system in all sorts of unique situations in terms of unpopular areas, high rents, situations where excellence needs to be rewarded. The other area you have heard about from the Canadian Association of Interns and Residents: given the power of a monopoly employer there would be a confrontation over many things between the governments and the physicians.

So our position is that this would create more problems than it would solve, in the meantime leaving the whole mass of problems untouched, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, doctor.

[Translation]

cette possibilité aussi. Ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. Nous nous attardons à de faux problèmes.

M. Allmand: Mais docteur, je n'ai pas dit non plus, et ce sera ma dernière observation, que vous pourriez résoudre les problèmes avec la surfacturation et les frais modérateurs, j'ai simplement dit que le but principal du projet de loi est d'empêcher un système de santé à deux volets en interdisant la surfacturation et les frais modérateurs. Vous ne nous avez toujours pas dit si vous étiez d'accord ou non avec ces éléments du projet de loi. Vous nous avez exposé le besoin pressant de financement du régime de santé en termes de financement en capital et de personnel. Je ne sais pas qui ne serait pas d'accord avec vous là-dessus. Vous nous accusez de ne pas nous attaquer au véritable problème. Vous ne nous avez toujours pas expliqué votre position sur la surfacturation et les frais modérateurs, alors que le but principal du projet de loi est d'interdire ces pratiques. D'accord, je faisais de la rhétorique, mais si vous ne commentez pas les dispositions visant à interdire les frais modérateurs et la surfacturation, et comme l'essentiel de votre communication repose sur un financement accru, on peut présumer que l'adoption du projet de loi empêchera d'accroître le financement d'autres activités de grande importance. Je pense que vous pouvez faire les deux. Nous pouvons adopter le projet de loi et concerter nos efforts pour réaliser toutes les choses que vous voulez faire, et je pense qu'à ce moment-là, nous aurons un bon système.

Le président: Monsieur Allmand, nous allons maintenant permettre au témoin de répondre.

Dr Isaac: Monsieur le président, supprimer la facturation d'appoint ajoutera simplement toute une autre série de problèmes. Il sera alors en effet impossible pour les professions de négocier avec les gouvernements provinciaux ou fédéral. Tous les médecins deviendront employés de l'État. La critique du système sera peut-être moins évidente car les fonctionnaires sont en général moins vocaux que les médecins qui peuvent à l'heure actuelle parler librement.

Les négociations ne portent pas simplement sur les tarifs mais également sur les conditions de services qui intéressent de très près la population et incluent notamment la possibilité pour un gouvernement provincial de rationner les coûts des services des médecins. Si les négociations sont impossibles, les contraintes budgétaires risquent de prédominer, sans plus d'égard pour la qualité des services. Supprimer la surfacturation retirera toute souplesse au système dans des tas de situations spéciales, qu'il s'agisse de régions peu populaires, de loyers élevés, de cas où l'excellence doit être récompensée. L'Association canadienne des internes et des résidents vous a également parlé du pouvoir d'un employeur qui aurait le monopole et des confrontations multiples que cela pourrait susciter entre les gouvernements et les médecins.

Nous estimons donc que cela créerait plus de problèmes que ne donnerait de solutions et que la majorité des problèmes ne seraient même pas ainsi abordés.

Le président: Merci, docteur.

[Texte]

I will go to Mr. Breau for two questions, and Miss MacDonald for a couple, and Mr. Lang. That may be all we can do.

Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

I would just like to put on the record some figures for federal funding for medical research, because it has been suggested—and I believe it was Mr. Halliday who suggested it—that federal funding was being reduced. In 1981-1982 the federal funding to the Medical Research Council was \$98 million; in 1982-1983 it was \$111 million; in 1983-1984 it was \$117 million; and in 1984-1985 it will be \$136 million. Now, there may be a question of judgment whether this is adequate or not, but those are the facts.

Mr. Chairman, I wish to congratulate the OMA for their presentation today, because I believe they have focused on the real problem. I wish that all the medical associations that came before us—particularly, I may say, the CMA—would have focused on what I think is the real problem, and not only deal with physicians' incomes.

An hon. Member: Hear, hear!

Mr. Breau: I say this because I believe that if there is a case to be made about underfunding, it would be in Ontario. It is my political judgment that the system overall in Canada is not underfunded. But that is a political judgment, and it can be questioned. If I compare what we spend in Canada with other countries, I find that we are just about over the average.

I do not want to debate that with you, but just to say that it is shameful that since 1977, when we went into bloc funding, the Ontario government would have reduced their percentage contribution to health care, not only in medicare and hospitalization, but also in all their health services. In fact, the federal contribution in 1976-1977, the last year of cost-sharing, for medicare and hospitalization was 51%. If you consider the overall health expenditures in Ontario, it was 40.3%. In the last fiscal year, 1982-1983, for which I have figures, the federal contribution for medicare and hospitalization was 55%, the highest increase of the federal contribution to any province. The only such increase was in the Northwest Territories and in the Yukon. I think it is shameful that the federal taxpayer should be subsidizing a rich province like Ontario.

If you take the overall health expenditures of Ontario, because the argument sometimes is made that the federal government has not lived up in bloc funding to what we had in cost-sharing... Well, Miss MacDonald does not like these figures, because they show how hypocritical the Tory government of Ontario is.

Mr. Breau: The overall health expenditures of Ontario, when we were in cost-sharing in the last year, was 40.3%; in

[Traduction]

Je passe à M. Breau pour deux questions, puis à M^{lle} MacDonald et à M. Lang. Nous n'aurons probablement pas le temps d'aller plus loin.

Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Je voudrais simplement donner certains chiffres touchant le financement fédéral de la recherche médicale car on a déclaré, et je crois que c'est M. Halliday qui l'a fait, que le financement fédéral a fléchi. En 1981-1982, les subventions fédérales au Conseil de recherches médicales s'élevaient à 98 millions de dollars; en 1982-1983, elles représentaient 111 millions de dollars; en 1983-1984, 117 millions de dollars; et en 1984-1985, elles seront de 136 millions de dollars. On peut évidemment déclarer que c'est insuffisant mais ce sont là les chiffres.

Monsieur le président, je souhaite féliciter l'AMO de son exposé car je crois qu'elle a abordé le véritable problème. J'aimerais que toutes les associations médicales qui comparaissent devant nous, et particulièrement l'Association canadienne, en ait fait autant plutôt que de ne traiter que des revenus des médecins.

Une voix: Bravo!

M. Breau: Si je dis cela, c'est parce que si l'on peut parler de sous-financement, c'est bien en Ontario. J'estime que dans l'ensemble du Canada, le système n'est pas sous-financé mais c'est évidemment un jugement politique que l'on peut discuter. Si je compare ce que nous dépensons au Canada avec ce que dépensent d'autres pays, je constate que nous dépassons la moyenne.

Je ne souhaite pas que nous en débattions mais je trouve honteux que depuis 1977, donc depuis le financement global, le gouvernement ontarien ait réduit sa part de contribution aux services de santé, non seulement pour les services médicaux et les services hospitaliers, mais également pour l'ensemble des services de santé. En fait, la contribution fédérale en 1976-1977, dernière année des frais partagés, était de 51 p. 100 pour les services médicaux et les services hospitaliers. Si vous considérez les dépenses totales de l'Ontario au titre de la santé, elles s'élevaient à 40,3 p. 100. Au cours de la dernière années financière pour laquelle j'ai des chiffres, 1982-1983, la contribution fédérale pour les services médicaux et les services hospitaliers était de 55 p. 100, soit la plus grosse majoration de contributions fédérales au pays. Majoration qui n'était égale que dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon. Je trouve honteux que le contribuable fédéral subventionne une province riche comme l'Ontario.

Si vous considérez les dépenses globales de santé en Ontario, parce que l'on prétend quelquefois que le gouvernement fédéral ne fait plus avec le financement global ce qu'il faisait lorsque les frais étaient partagés... Je sais que M^{lle} MacDonald n'aime pas beaucoup ces chiffres parce qu'ils montrent l'hypocrisie du gouvernement conservateur ontarien.

M. Breau: Les dépenses globales de l'Ontario, la dernière année où nous partagions les frais étaient de 40,3 p. 100; en

[Text]

1982-1983, it was 43.2%. So not only is the federal taxpayer subsidizing more of medicare and hospitalization in Ontario, but we are even subsidizing more, a greater percentage, of their overall health expenditures. Mr. Chairman, therefore, if there is a case in Canada to be made about under-funding—and I happen to know the after-tax income of doctors in Ontario, at least up to 1978-1979. Those are the last figures I have seen. I have not seen the figures since then. The after-tax income had actually gone down if you looked at the last 10 years. So I think that if there is a case to be made about under-funding, it is in Ontario, and it is shameful that the richest Province in this country would actually accept a subsidy from the federal taxpayer. At least if there should be more money given to Provinces for health care, we should start with Provinces where the health care system lags behind.

The Chairman: Mr. Breau, you have pretty well had your two questions now. If you want to have . . .

Mr. Breau: I am sorry, Mr. Chairman.

The Chairman: No, no. You have got a right to ask questions or make comments, and that is perfectly fine, but if you want to have a short question now and you want to have the witnesses respond, that is fine. But I will have to go on to someone else. Do you have a short question or not?

Mr. Breau: Well, I am getting to my question, Mr. Chairman.

Some Hon. Members: Oh, oh!

The Chairman: I understand. You cannot go any longer. If you have a short question, I will let you ask it now.

Mr. Breau: Having explained and put on the record these figures, I want to ask the representatives of the OMA if they have made representations to the Ontario government, using these figures? Were they aware of these figures? Are they told by the Ontario government that the Ontario government is receiving an increasing percentage of the health bill for Ontario, when they are being choked by the Ontario government in their negotiations and when all of the health system in Ontario is being choked, apparently, from what they tell us, from outlays from the Ontario government to the health sector?

Second, I would like to ask them . . .

The Chairman: A short question, please.

Mr. Breau: —if they have suggested to the Ontario government, assuming that Bill C-3 is going to be passed—I think it will be, because it has the support of the three political parties in Parliament—if the Ontario government is going to suggest or legislate some kind of negotiating procedure or arbitration procedure in the negotiation of fee schedules for physicians?

The Chairman: Dr. Scully.

Dr. Scully: Mr. Chairman, to comment on the comments and respond to the questions with regard to the observation about research spending. Briefly, Canada ranks along with countries like Belgium and Austria in the percentage of GNP

[Translation]

1982-1983, elles étaient de 43,2 p. 100. Donc, non seulement le contribuable fédéral subventionne-t-il davantage les services médicaux et hospitaliers en Ontario mais il subventionne également un pourcentage plus élevé des dépenses globales de l'Ontario au titre de la santé. Monsieur le président, si l'on peut parler de sous-financement au Canada, c'est bien à l'Ontario que cela s'applique et je connais le revenu des médecins ontariens après impôt, du moins jusqu'en 1978-1979. Ce sont les derniers chiffres que j'ai vu. Je n'en ai pas de plus récents. Le revenu après impôt avait en fait diminué si vous considérez les 10 dernières années. Si l'on peut donc parler de sous-financement, c'est bien en Ontario et il est honteux que la province la plus riche du pays accepte ainsi une subvention du contribuable fédéral. Si l'on prétend qu'il faut donner davantage de fonds aux provinces pour leurs services de santé, il faudrait au moins commencer par les provinces où ces services laissent à désirer.

Le président: Monsieur Breau, vous avez je crois posé vos deux questions. Si vous voulez . . .

M. Breau: Je suis désolé, monsieur le président.

Le président: Non, vous avez le droit de poser des questions ou de faire des observations et c'est très bien mais si vous voulez maintenant poser rapidement une question et obtenir une réponse des témoins, il faudrait que vous le fassiez tout de suite car je vais devoir passer à quelqu'un d'autre.

M. Breau: J'en arrive justement à ma question, monsieur le président.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Vous ne pouvez poursuivre plus longtemps mais si vous avez une question rapide, je vous laisserai la poser.

M. Breau: Ayant expliqué la situation et cité ces chiffres, je demanderais aux représentants de l'Association s'ils ont présenté des instances au gouvernement ontarien à l'aide de tels chiffres? Les connaissaient-ils tout d'abord? Le gouvernement ontarien leur déclare-t-il qu'il reçoit un pourcentage accru des frais médicaux de l'Ontario alors qu'il bloque les négociations avec les médecins et que tout le système ontarien semble souffrir du fléchissement des subventions ontariennes à la santé publique?

Deuxièmement, je demanderais aux témoins . . .

Le président: Brièvement, s'il vous plaît.

M. Breau: . . . s'ils ont suggéré au gouvernement ontarien, à supposer que le projet de loi C-3 soit adopté, et je crois qu'il le sera puisqu'il a l'appui des trois partis politiques représentés au Parlement, s'ils ont donc suggéré au gouvernement ontarien de faire adopter une procédure de négociation ou d'arbitrage pour les tarifs des médecins?

Le président: Docteur Scully.

Dr. Scully: Monsieur le président, je ferai un commentaire sur les commentaires et j'essaierai de répondre aux questions. Pour ce qui est de la recherche, le Canada consacre à peu près le même pourcentage de son P.N.B. que la Belgique et

[Texte]

that it spends on research, and yet we have a health care system that is second to none in the world at the moment. Those two are not compatible in the long range. You either make the commitment that you are going to spend the money on research, and you do it and you maintain your quality, or you lose it. It is that straightforward.

With regard to the issue of feedback about information funding in Ontario, I think it only fair to point out that the Province spends a lot of money in a lot of areas for which the federal government bears no responsibility in health care delivery. What you are focusing on in the formula is institutional care and the health services within them. There is the whole broad range of community services, mental health, rehabilitation, chronic care, prosthetics, ambulatory services, that are not covered by the federal cost-sharing formula.

Mr. Breau: I am sorry. My percentages, where they show an increase in the federal contribution, include all the health services in Ontario, all the health expenditures of Ontario.

Dr. Scully: I disagree with your figures, sir.

Mr. Breau: Have you got other figures to show I am wrong?

The Chairman: Order, please! Dr. Scully, do you have further comments?

Dr. Scully: No, Mr. Chairman.

The Chairman: Dr. Isaac?

Dr. Isaac: No. Dr. Godfrey.

The Chairman: Dr. Godfrey.

Dr. Godfrey: I hear your figures. We have spoken with the provincial government, the same as any other medical agency has. We get the same blame being put on you as you are putting on the provincial government. And I appeal to you, that is what is going on with Bill C-3 at present. You people are playing politics with the care of my patients and I will not put up with it. You can give me all the figures you want; I know my patients are not getting proper care.

Mr. Breau: Because the Ontario government will not give you the money.

Dr. Godfrey: Do not give me that, sir. You can argue that out with the Province of Ontario. But I want care for my patients now.

An hon. Member: Hear, hear!

The Chairman: I will go on to Miss MacDonald.

Mr. Breau: I am sorry, Mr. Chairman.

The Chairman: Order, please. Miss MacDonald has the floor.

Mr. Breau: What is the rush?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I have been very impressed with the presentations which have been made here this morning. I agree with you wholeheartedly that the

[Traduction]

l'Autriche alors que nous avons un régime de santé public bien supérieur à celui de tous les autres pays du monde. Ces deux éléments ne sont pas compatibles à long terme. Soit vous vous engagez à financer la recherche, afin de maintenir la qualité de vos services, soit vous perdez cette qualité. C'est aussi simple que cela.

Pour ce qui est des chiffres touchant le financement des services de santé en Ontario, je crois qu'il faut signaler que la province dépense beaucoup d'argent dans de nombreux secteurs dans lequel le gouvernement fédéral n'assume aucune responsabilité. Dans la formule, vous ne considérez que les soins hospitaliers et les services médicaux. Il y a tout l'éventail de services communautaires, de santé mentale, de réadaptation, de soins chroniques, de prothèses, de services itinérants qui ne sont pas couverts par la formule fédérale de partage des frais.

M. Breau: Je suis désolé mais les pourcentages que j'ai donnés, quand ils indiquent une majoration de la contribution fédérale, incluent tous les services de santé en Ontario, toutes les dépenses de l'Ontario en matière de santé.

Dr Scully: Je n'accepte pas vos chiffres, monsieur.

M. Breau: Avez-vous d'autres chiffres pour me prouver que j'ai tort?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Docteur Scully, avez-vous d'autres observations?

Dr Scully: Non, monsieur le président.

Le président: Docteur Isaac?

Dr Isaac: Non. Docteur Godfrey.

Le président: Docteur Godfrey.

Dr Godfrey: J'ai entendu les chiffres que vous avez donnés. Nous avons comme tout autre groupe médical eu des entretiens avec le gouvernement provincial. Il vous critique exactement comme vous le critiquez. C'est justement le problème actuel du projet de loi C-3. Vous faites de la politique avec les soins que je dispense à mes patients et je ne puis l'accepter. Vous pourrez me présenter tous les chiffres que vous voudrez, je sais que mes patients ne sont pas traités convenablement.

M. Breau: Parce que le gouvernement ontarien ne vous donne pas les fonds voulus.

Dr Godfrey: Arrêtez, monsieur. Vous pouvez parler ainsi au gouvernement provincial mais moi je veux que l'on s'occupe toute de suite de mes patients.

Une voix: Bravo!

Le président: Je donnerai maintenant la parole à Mademoiselle MacDonald.

M. Breau: Je suis désolé, monsieur le président.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! M^{lle} MacDonald a la parole.

M. Breau: Pourquoi cette précipitation?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'ai été très impressionnée par les exposés que nous avons entendu ce matin. Je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait que le

[Text]

major problem in our health care system today is the continuing arguments and confrontations that go on between two levels of government. There has been no real effort made by the federal Minister of National Health and Welfare to meet in an open manner with her provincial counterparts.

• 1110

Now, having said that, I want to direct this question particularly to Dr. Genesove. I am extremely concerned about the situations you mention with regard to patients in chronic care hospitals, in nursing homes and so on, and the kind of care they need. If the provincial and federal governments should get together to discuss the question of funding, can you tell me if those in the health care system should not also get together to discuss the kinds of care that can be provided in an overall sense?

My question to you is this: Has the Ontario Medical Association met with the Ontario Nurses' Association and other health care practitioners to see how the people who have the hands-on care can themselves better improve the system, as would happen in any other workplace? If you have done that, could you please tell us a bit about it? I want to be assured there is not a group here saying they can do this and another group saying they can do this, and there is just as much strife going on within the health care delivery system as there is at the federal and provincial governmental levels.

Dr. Genesove: Mr. Chairman—and I think Dr. Isaac will confirm—we of course meet with all levels in our sister disciplines. We meet with the nursing profession; we meet with the hospital profession; we meet with the chronic hospital profession; we meet with the Ontario Nursing Home Association. We do it on several levels.

I sit on a special committee of the board for nursing homes. I have sat with a committee representative of the provincial government, the post-nursing home associations—they have various groupings—the pharmacists, on things as simple as determining how in the world you can get a drug box in a nursing home to carry emergency drugs, because you cannot get service over a weekend. We do sit and talk about things like that.

I have participated in clinical meetings of the Ontario Nursing Home Association, largely these terrible private groups, where these meetings have been concerned entirely with how you get better care for that individual person. I have sat in on seminars with them in which the nurses have talked about the patient who is lost in a nursing home, who is depressed. The dietitian has spoken about how we get these people to eat reasonably nourishing foods. The nursing aid has spoken about how to talk to that person and how to find out what kind of person she was. I have sat in on whole-day meetings and never heard a word about the cost of the thing, just how to treat these people better, and we have co-operated with these people at every level.

[Translation]

problème majeur de notre régime de services de santé aujourd'hui est les conflits et confrontations continuels entre les deux échelons de gouvernement. Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social n'a jamais vraiment essayé d'avoir des discussions franches avec ses homologues provinciaux.

Cela dit, ma question s'adresse au Dr Genesove. Je m'inquiète énormément de la situation des malades chroniques hospitalisés, des malades qui sont dans des maisons de santé et des soins qu'il faudrait leur apporter. Si les gouvernements provincial et fédéral pouvaient se décider à discuter du financement, ne pensez-vous pas que les responsables des services de santé devraient également discuter du genre de soins qui peuvent être en général dispensés?

Voici ma question: l'Association médicale ontarienne a-t-elle eu une rencontre avec l'Association des infirmières ontariennes et d'autres professionnels des services de santé pour voir comment ceux qui dispensent ces services peuvent eux-mêmes améliorer le système? Si vous avez eu une telle réunion, pourriez-vous nous en parler quelques instants? Je voudrais m'assurer qu'il n'y a pas un groupe qui déclare pouvoir faire ceci alors qu'un groupe déclare pouvoir faire cela et qu'il n'y a pas le même genre de rivalités entre les professionnels de la santé qu'entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Dr Genesove: Monsieur le président, je crois que le Dr Isaac conviendra avec moi que nous avons évidemment des rencontres avec tous les échelons des disciplines qui nous sont assimilées. Qu'il s'agisse de la profession infirmière, de la profession hospitalière, de la profession hospitalière pour maladies chroniques, de l'*Ontario Nursing Home Association*. Nous avons ce genre de rencontres à divers échelons.

Je fais partie d'un comité spécial du conseil des cliniques. J'ai siégé avec un représentant du gouvernement provincial, des représentants des associations de soignants après la clinique, il y a différents groupes, les pharmaciens, notamment, pour discuter de choses aussi simples que de déterminer comment obtenir une boîte de médicaments dans une clinique pour les urgences quand il n'y a pas de services en fin de semaine. Nous discutons de ce genre de choses.

J'ai participé à des réunions cliniques de l'*Ontario Nursing Home Association*, ces terribles groupes privés, où l'on s'est uniquement inquiété de savoir comment mieux traiter les particuliers. J'ai participé à des séminaires où les infirmières ont parlé du malade perdu dans une clinique qui se déprime. Le diététicien a parlé de la façon de faire manger à ces gens, des aliments suffisamment nourrissants. L'aide-infirmière nous a entretenus de la façon de parler à ces gens-là et de découvrir qui ils sont. J'ai participé à des réunions durant toute une journée sans jamais entendre parler du coût de selon dont on discutait mais seulement de la façon de mieux traiter les gens si bien que je crois pouvoir dire que nous collaborons à tous les échelons avec les professions touchant la santé.

[Texte]

The Chairman: Miss MacDonald, one more question.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I would like to pursue that further, and perhaps I will get the chance to speak to it at a later time, Dr. Genesove.

My other question is to Dr. Scully, and it concerns teaching hospitals. One of the great problems in teaching hospitals—The Canadian Medical Association said this and many others have said it, except perhaps one witness whom we had before us—is the very acute problem that faces the teaching hospitals. That has been made more acute in very recent days by a complementary piece of legislation that is going through the House at the present time, where \$380 million is being withdrawn from post-secondary funding by the federal government, which will have a direct impact on the teaching hospitals. That is being cut back in the next two years.

• 1115

I want to ask you, Dr. Scully, with regard to the teaching hospitals, whether or not you would agree with the representations of a previous witness that the way to correct this situation is to close down some of the teaching hospitals in Canada and thereby produce fewer doctors and eventually that will just reduce the amount of money that is spent in the system, which it was claimed is already overfunded. Do you think that is a solution that bears the examination of this committee?

Dr. Scully: Mr. Chairman, if I were to respond in the affirmative to that suggestion I would be agreeing that there are too many physicians, and I do not accept that position. The solution proposed would arbitrarily reduce the number of training positions in order to save money and redistribute the money among those who are already there. Concerns expressed by us and by others have been that in a number of areas there are insufficient numbers of people at the present time, not too many. The answer is not to shut down the teaching hospitals in order to pay those who remain, but to address the overall system of the flow of funds to support those in terms of capital.

Yes, the Bill that you are describing has created a great furore among the university teachers of all ranks. We see nothing but further problems down the pipe.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you.

The Chairman: I will go to Mr. McCauley, for he promised me he has one short question, and then to Dr. Lang.

Mr. McCauley: Dr. Isaac, you were quoted in *The Ottawa Citizen* on February 14 as saying that the Bill was simply a political power-play by the present federal government. I wonder how you would characterize what is happening here this morning on your behalf and on behalf of the CMA a few days ago, and what the Ottawa doctors are doing in presenting letters to their patients on the issue. Would you characterize that as a political power-play, or as something else?

Dr. Isaac: I would prefer not to characterize it at all, Mr. Chairman.

[Traduction]

Le président: Mademoiselle MacDonald, une dernière question.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'aimerais poursuivre là-dessus et peut-être aurais-je l'occasion de le faire ultérieurement, docteur Genesove.

Mon autre question s'adresse au Dr Scully et porte sur les hôpitaux-écoles. Un des grands problèmes que rencontrent ces hôpitaux, l'Association médicale canadienne et bien d'autres nous l'ont dit, sauf peut-être un seul témoin, est extrêmement grave. La situation a encore empiré tout récemment du fait d'un projet de loi complémentaire qu'étudie à l'heure actuelle la Chambre et qui doit soustraire 380 millions de dollars aux subventions fédérales à l'éducation postsecondaire. Cela aura donc une incidence directe sur les hôpitaux-écoles. Cette coupure sur les deux prochaines années.

Docteur Scully, convenez-vous avec un témoin qui vous a précédé que la façon de corriger cette situation serait de fermer certains des hôpitaux-écoles au Canada et de former ainsi moins de médecins pour finalement diminuer les fonds absorbés par la santé publique que l'on prétend déjà surfinancée. Pensez-vous que cette solution devrait être examinée par le Comité?

Dr Scully: Monsieur le président, si je répondais par l'affirmative, ce serait dire qu'il y a trop de médecins et je ne suis pas du tout d'accord. La solution proposée diminuerait arbitrairement le nombre de postes de formation pour réaliser des économies et redistribuer l'argent à ceux qui sont déjà là. Comme d'autres, nous nous sommes préoccupés du fait que dans un certain nombre de régions, il n'y a pas à l'heure actuelle suffisamment de monde. La solution n'est pas de fermer les hôpitaux-écoles pour payer ceux qui restent mais de revoir tout le système de financement de ces hôpitaux.

Il est certain que le projet de loi dont vous parlez a rendu tous les professeurs d'universités furieux. Nous considérons tout simplement que cela va ajouter des problèmes.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci.

Le président: Je passerai maintenant la parole à M. McCauley qui m'a promis de se limiter à une question très brève. Ensuite, M. Lang.

M. McCauley: Docteur Isaac, le *Citizen* d'Ottawa, du 14 février, rapporte que vous auriez déclaré que ce projet de loi était simplement une tactique politique du gouvernement fédéral. Je me demande comment vous qualifieriez ce qui se passe ici ce matin, ou ce qui s'est passé il y a quelques jours avec l'Association médicale canadienne et ce que font à l'heure actuelle les médecins d'Ottawa en présentant des lettres à ce sujet à leurs malades. Appelez-vous cela une tactique politique ou autre chose?

Dr Isaac: Je préfère ne pas répondre, monsieur le président.

[Text]

Mr. McCauley: Thank you.

The Chairman: I will go to Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

I would first of all like to congratulate the OMA for their presentation. The OMA represents the 13,000 primary health care providers who make the primary contacts for health care in Ontario. Mr. Chairman, I think it is very interesting that these people—who are actually doing the job, as opposed to philosophizing about it, or giving their profound theories about it—are telling us that there are serious problems with active treatment for acute problems, that there are serious problems with the treatment of chronic care patients, that there are serious problems with preventative medicine, that there are serious problems with research.

In contradiction to other groups that have testified before this committee, they are saying there is not an oversupply of physicians, but rather an undersupply. In contradiction to the Canadian Hospital Association, they are telling us that the demographics of the situation, which will increase the percentage of people over 65 in our society, are not going to lead to decreased costs or the same costs, but rather to increased costs.

I think it is very interesting to note the response of some of the committee members to this serious problem. Rather than say all right, here is a problem we should address, some committee members suggest that the OMA should come up with theories on how to restructure the socio-economic system in our society. Other committee members have suggested that this is a red herring, or a political power-play.

I really think, Mr. Chairman, that the committee should listen to the people who have the experience and are providing the services, and recognize that serious problems do exist in the funding of the system. We should put the people of our province first, rather than argue about whether it is the federal or provincial government that is doing the underfunding. Clearly, there is a serious problem with underfunding. Mr. Chairman...

The Chairman: You are almost getting the true question category there. Will you ask your question quickly, please?

• 1120

Mr. Lang: I would like to address my question to Dr. Isaac. Given that the problems already exist, can he give an educated guessimate, because there are no numbers, as to the kinds of increases in morbidity and mortality that will result—or a better question would be—can he give examples of the kinds of problems that will lead to increased morbidity and mortality if the present under-funding continues in Ontario?

The Chairman: Dr. Godfrey.

Dr. Godfrey: Mr. Chairman, I feel that is an inappropriate question, sir. If you are asking us to count bodies, you are back in the 19th century. Our patients now require a quality of life. I will agree, some people are going to terminate because of

[Translation]

M. McCauley: Merci.

Le président: Je passe à M. Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Je veux tout d'abord féliciter l'AMO de son exposé. Cette association représente les 13,000 prestataires de services médicaux primaires en Ontario. Il est intéressant que des gens comme ceux-là, que ceux qui font le travail eux-mêmes plutôt que d'en parler, ou de nous énoncer des théories profondes à ce sujet, déclarent qu'il y a de graves problèmes en ce qui concerne le traitement actif des maladies aiguës, le traitement des malades chroniques, la médecine préventive, la recherche.

Contrairement à d'autres groupes qui ont témoigné devant notre Comité, ils déclarent qu'il n'y a pas trop de médecins mais plutôt pas assez. Contrairement à l'Association des hôpitaux canadiens, ils nous déclarent que les données démographiques, le fait que le pourcentage de personnes de plus de 65 ans va augmenter, ne va pas mener à une réduction des coûts ou à une stabilisation des coûts mais bien à une majoration.

J'ai remarqué avec intérêt la réaction de certains membres du Comité à ce grave problème. Plutôt que de déclarer que c'est en effet un problème qu'il nous faut examiner, certains suggèrent que l'AMO nous présente des théories sur la façon de restructurer notre système socio-économique. D'autres membres du Comité ont dit que c'était un faux problème ou une tactique politique.

Très franchement, monsieur le président, j'estime que le Comité devrait écouter les gens qui connaissent la situation puisqu'ils dispensent eux-mêmes les services et reconnaître qu'il existe en effet de graves problèmes de financement. Il nous faut d'abord penser à la population de la province plutôt que de se demander si c'est le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial qui est coupable de sous-financement. Il est certain qu'il y a là un sérieux problème. Monsieur le président...

Le président: Vous en arrivez presque à la catégorie des véritables questions. Pouvez-vous vous dépêcher à poser votre question?

M. Lang: Ma question s'adresse au Dr Isaac. Étant donné que les problèmes existent déjà, peut-il nous dire approximativement, parce qu'il n'existe pas de chiffres, dans quelle mesure la morbidité et la mortalité vont augmenter ou nous donner des exemples du genre de problèmes qui contribueront à une morbidité et une mortalité accrues si le sous-financement actuel continu en Ontario?

Le président: Docteur Godfrey.

Dr Godfrey: Monsieur le président, je ne pense pas que cette question soit raisonnable. Vous nous demandez de compter des cadavres, c'est revenir au 19^e siècle. Nos patients ont maintenant besoin de qualité de vie. Je conviens que certains vont

[Texte]

constrictions, but what we are talking about is an enhanced ability to live; we all want that, yourself and myself. We are not here as a power play to say there are going to be more dead bodies, or his friend is going to get into my bed and do what he did to his friend. That is not going to happen. What we are talking about is increasing the quality of care we can give to these people. We have an excellent record. I do not see why we cannot continue to deliver it in the same way.

The Chairman: Thank you, Dr. Godfrey.

Mr. Lang: Are you suggesting that there is no problem with morbidity or mortality in the present system?

Dr. Godfrey: Oh yes, sir, there is a problem. We have already heard of perinatal deaths; that is a real problem. We have already heard of deaths from inadequate care of cardiovascular patients. We are trying to do better than we have done before. We hope there are going to be fewer people. Hopefully, when I have my carotid angiogram, I am not going to terminate on the table, because Hugh Scully has the equipment to take care of me. I hope that is what is going to happen. However, if you do not give us the tools to do the job, we are not going to do any better.

The Chairman: Thank you, Dr. Godfrey. I will go to Mr. Epp for the last question, I think.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I will try to stay within the one-question limit.

I am not giving you gentlemen any new information when I say I am sure you have seen yourselves identified as the villains of the piece and the originators of Bill C-3, though you did not write it. We recognize many of the problems you have outlined for us today. Your counterparts from Atlantic Canada did essentially the same thing just prior to your testimony. You have the expertise; you have the hands-on care along with other health-care professionals; and so what I am asking you is this. Do you think it is a practical approach not only that the federal and provincial governments get together in terms of . . . We can throw figures around; Mr. Breau will throw his figures around; somebody else will throw some other figures; and the bottom line still becomes patient care. Keeping in mind all the other needs in society, have you been able to analyze through your association—and I believe you mentioned, Dr. Isaac, that you had a number of professional committees working . . . at what level Canadian society and economy, at what percentage or window, if we want to use the window instead, do you feel that the health of Canadians could be adequately addressed? I am not talking about the ideal, because the ideal is something we strive for but do not necessarily achieve. At what level do you feel Canadian society can afford, or fund may be a better word, a health care system which would take care of some of the problems that you address, keeping in mind the ability to raise those funds?

The Chairman: Dr. Isaac.

Dr. Isaac: Mr. Chairman, I would say that sort of judgment really should be made between the people and the government. If the government assess the desires of the people at a particular level and they want us to carry them out, then we must

[Traduction]

mourir du fait de certaines restrictions mais nous parlons ici d'une amélioration des possibilités de vie; c'est ce que nous voulons tous, vous et moi. Nous ne sommes pas venus ici déclarer qu'il y aura plus de cadavres ou que l'ami d'un tel va entrer dans mon lit et faire ce qu'il a fait à son ami. Ce n'est pas cela. Nous parlons d'améliorer la qualité des soins que nous dispensons à la population. Nous ne pouvons que nous féliciter de la qualité de ces services jusqu'ici. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas continuer ainsi.

Le président: Merci, docteur Godfrey.

M. Lang: Voulez-vous dire que le système actuel ne pose pas de problèmes de morbidité ou de mortalité?

Dr Godfrey: Si, bien sûr il y a un problème. Nous avons déjà entendu parler de morts péri-natales; c'est un problème très réel. De même que la mort du à l'insuffisance des soins dispensés à ceux qui souffrent de maladie cardio-vasculaire. Nous essayons de faire mieux qu'auparavant. Nous espérons que cela frappera moins de monde. Je puis espérer que lorsque l'on me fera une angiographie carotidienne, je n'en mourrai pas parce que Hugh Scully a le matériel voulu. Du moins je l'espère. Toutefois, si vous ne nous donnez pas les outils pour faire le travail, nous ne pourrons pas faire mieux.

Le président: Merci, docteur Godfrey. Je passerai à M. Epp pour la dernière question.

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'essaierai de me limiter en effet à une question.

Je ne vous apprendrai rien, messieurs, en déclarant qu'on vous a certainement déjà identifié comme les méchants et les responsables du projet de loi C-3 même si ce n'est pas vous qui l'avez rédigé. Nous sommes conscients des problèmes que vous nous avez exposés aujourd'hui. Vos homologues de la région atlantique du Canada nous ont également exposé leurs problèmes avant vous. Vous êtes les experts; c'est vous qui dispensez les soins en même temps que d'autres professions. Pensez-vous donc qu'il serait possible que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux se réunissent pour . . . il est facile évidemment de citer des chiffres; M. Breau le fait tout le temps; d'autres présentent d'autres chiffres; mais, finalement, ce qui compte ce sont les soins dispensés aux malades. Tenant compte de tous les autres besoins de la société, votre association a-t-elle pu analyser, je crois en effet docteur Isaac que vous avez indiqué que vous aviez plusieurs comités professionnels, à quel niveau la Société ou l'économie canadienne, à quel pourcentage vous estimez que doit se situer la santé des Canadiens? Je ne parle pas de l'idéal, car l'idéal est ce que nous visons mais que nous ne réalisons pas nécessairement. Quel niveau de financement pensez-vous que la Société canadienne puisse se permettre pour son régime de services de santé afin de régler certains des problèmes dont vous parlez?

Le président: Docteur Isaac.

Dr Isaac: Monsieur le président, je crois vraiment que c'est une décision qui doit être prise entre la population et le gouvernement. Si le gouvernement estime que la population souhaite tel ou tel niveau, et qu'il veut que nous assurions ce

[Text]

have adequate tools to do so. But this is an overall, rather philosophical argument; we could certainly make such a judgment, but I do not know how much influence we could have over events.

Mr. Epp: Excuse me, doctor, I am not trying to be rude. I believe it goes beyond government levels. That is the primary responsibility. I accept that responsibility.

• 1125

Mr. Epp: But, sir, with all respect, that is not good enough because governments must make priorities in terms of spending, be it health, be it education, be it economic development. That is our responsibility. I accept that responsibility. But what I am saying to you, sir, is that governments also cannot in isolation make these value judgments about what is adequate care when we hear our health care professionals giving us the kind of evidence you gave us today. I am not deprecating the evidence or arguing that it is not right or that it is coloured or that it is wrong. But surely, there comes a saw-off at a certain point. I can give you the economic theories about increasing the pie and greater economic activity affording more. That is fine.

But let us take British Columbia. Thirty-one per cent of their provincial budget is now health care. There are Canadians who want to move to California North. That obviously has certain effects on the health care budget of that province. I use it just to get away from the dynamics of Ontario for a bit because we can get too personal on that one. I am asking you, sir, is the medical profession willing to sit down with the provinces, sit down with the federal government? If you want more hands-on input in terms of directing the health care system, are you willing as well to at least give us that information to make those judgments?

Dr. Isaac: Mr. Chairman, we are always willing to sit down and talk. In fact, The Canadian Medical Association made many attempts to sit down and talk during the year or two before Bill C-3 was tabled.

In response to the rest of your question, Dr. Scully wants to try his hand.

The Chairman: Quickly, doctor, because Mr. Reid wants to question, too. We have half the country still to hear from this morning.

Mr. Epp: That is my part of it.

The Chairman: It is only Manitoba, I guess. Dr. Scully.

Dr. Scully: Very briefly, Mr. Chairman, the answer is absolutely yes, Mr. Epp. The profession wishes to do that. It welcomes the opportunity to do that in this kind of a forum and would suggest to the federal government that, if you are going to create an Act which does encroach on provincial jurisdiction in the view of the provinces, then let us go the whole way and sit down with the provinces and the health professionals and all of the people who are concerned and look at what is happening in health and develop something that is really constructive. That is the position that we take.

[Translation]

niveau, il doit nous doter des outils voulus. Mais c'est là un discours général et nous pourrions certainement évaluer ce que vous nous demandez sans toutefois croire que nous aurions tellement d'influence.

M. Epp: Pardonnez-moi, docteur, je ne veux pas insulter mais je crois que cela dépasse la responsabilité des gouvernements. C'est la responsabilité première. Je l'accepte.

M. Epp: Mais cela ne suffit pas car les gouvernements doivent établir des priorités dans leurs dépenses, qu'il s'agisse de santé, d'éducation, de développement économique. C'est là notre responsabilité et je l'accepte. Toutefois, monsieur, les gouvernements ne peuvent pas non plus juger tout seuls du niveau adéquat de soins lorsqu'on entend les professionnels de la santé nous présenter le genre de témoignages que vous nous présentez aujourd'hui. Je ne dis pas que votre témoignage n'est pas véridique ni qu'il est teinté de préjugés ou autre chose. Je dis simplement qu'il faut à un moment ou à un autre prendre des décisions. Je puis vous présenter des théories économiques sur la nécessité d'augmenter les recettes et sur le fait qu'une activité économique accrue permet de faire davantage. C'est une chose.

Prenons toutefois la Colombie-Britannique. Trente et un pour cent de son budget provincial est aujourd'hui consacré à la santé. Il y a des Canadiens qui veulent en Californie du Nord. Cela a de toute évidence une certaine incidence sur le budget de santé de cette province. Je prends cet exemple pour quitter un instant l'Ontario car on risque d'avoir des avis trop personnels. Je vous demande si la profession médicale est prête à négocier avec les provinces et avec le gouvernement fédéral? Si vous voulez participer davantage à l'orientation des services de santé, êtes-vous disposé également à nous donner au moins les renseignements voulus pour prendre des décisions?

Dr Isaac: Monsieur le président, nous sommes toujours prêts à discuter. En fait, l'Association médicale canadienne a fait plusieurs tentatives au cours des deux années qui ont précédé le dépôt du projet de loi C-3.

Pour le reste de votre question, le Dr Scully voudrait essayer d'y répondre.

Le président: Rapidement, s'il vous plaît, docteur, car M. Reid voudrait également poser une question. Nous devons encore entendre la moitié du pays ce matin.

M. Epp: C'est ma région.

Le président: Ce n'est que le Manitoba, docteur Scully.

Dr Scully: Très brièvement, monsieur le président, je puis répondre catégoriquement oui à M. Epp. La profession est prête à discuter. Elle est ravie de pouvoir le faire à ce genre de tribune et déclare au gouvernement fédéral que s'il veut faire adopter une loi qui empiète sur l'autorité provinciale du point de vue des provinces, il faut discuter avec les provinces et les professionnels de la santé ainsi que tous ceux qui s'intéressent à la question pour voir ce qui se passe dans ce domaine et parvenir à quelque chose de véritablement constructif.

[Texte]

The Chairman: Thank you.

Mr. Reid, a short question please.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

The position of the witnesses before us at the moment is something like the position of the federal Minister of Health, who says that I am only interested in health care and the dollars are the responsibility of somebody else.

We had a group of witnesses before us yesterday who said something to the effect that, let us adopt the preamble to Bill C-3, and in that spirit of co-operation and negotiation that was reflected in the preamble, rewrite the bill. I take it that suits you. It suits me too.

With that background and the comments of Mr. Epp, is it possible within the ambit of the province of Ontario dealing with your own authorities to set out the facets or segments of health care in a priority basis and fix these with the problem of cost, where the different levels of government have to be involved, provincial and federal? Basically, from the health care point of view, have you established with the province of Ontario Department of Health, the priorities of need with respect to health care?

Dr. Godfrey: Yes, we have continuing, ongoing conversations and discussions with the appropriate provincial minister and the premier as well. They have their problems, their priorities, and we have our priorities. But we do have a commonality. We do agree on the future welfare of the patient. Beyond that sort of generalization, I cannot go any further.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Reid.

Mr. Breau: A point of order.

The Chairman: I will hear the point of order very briefly.

Mr. Breau: I do not want to cut in.

The Chairman: Mr. Reid is finished.

Mr. Breau: On a point of order, Dr. Scully wanted to question my figures. I just want to make sure that he be given an opportunity to present other figures to the committee if he has them, because I want to assure him that I always use the best figures available. If your figures are better than mine, I would be happy to accept them. I just want to make sure that he gets the opportunity to present them, if he has other figures.

The Chairman: I gather that Dr. Scully does not have any of the figures before him.

Mr. Breau: Well, he said my figures were not . . .

The Chairman: We are going to be meeting after the break on clause-by-clause study. I am sure if they want to send up further figures they can do so.

• 1130

Dr. Isaac, gentlemen, it has been our pleasure to have you here this morning. I appreciate your coming on the short notice that we gave to you, and the long dislogue we have had today. Thank you, again, very much.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Reid, très brièvement, s'il vous plaît.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président.

La position des témoins ressemble à celle du ministre fédéral de la santé qui déclare qu'elle ne s'intéresse qu'aux services de santé et que le financement ne relève pas de sa responsabilité.

Nous avons entendu hier un groupe de témoins nous déclarer à peu près qu'il fallait adopter le préambule du projet de loi C-3 pour ensuite, dans l'esprit de collaboration et de négociation du préambule, entièrement réviser le projet de loi. Je suppose que cela vous irait bien. Cela me va aussi.

Cela dit et après ce qu'a dit M. Epp, est-il possible, dans le contexte ontarien, de traiter avec vos autorités pour fixer l'ordre des priorités des différents éléments des services de santé en considérant les coûts lorsque les échelons provincial et fédéral de gouvernement sont impliqués? Essentiellement, du point de vue des services de santé, avez-vous établi les priorités avec le ministère de la Santé de l'Ontario?

Dr Godfrey: Nous sommes continuellement en pourparlers avec le ministre et le premier ministre de la province. Ils ont leurs problèmes, leurs priorités et nous avons les nôtres. Nous avons toutefois un point commun. Nous sommes d'accord sur la nécessité d'assurer le bien-être du patient. Je ne puis vraiment être plus précis à ce sujet.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Reid.

M. Breau: J'invoque le Règlement.

Le président: Très brièvement.

M. Breau: Je ne veux pas interrompre.

Le président: M. Reid a fini.

M. Breau: Le Dr Scully voulait discuter mes chiffres. Je veux simplement qu'on lui donne la possibilité de présenter d'autres chiffres au Comité s'il en a car je puis l'assurer que j'utilise toujours les meilleurs chiffres disponibles. Si les vôtres sont meilleurs que les miens, je serais ravi de les accepter. Je veux simplement m'assurer que s'il a d'autres chiffres, il sache qu'il peut nous les présenter.

Le président: Je suppose que le Dr Scully n'a pas ici d'autres chiffres.

M. Breau: Ma foi, il a dit que mes chiffres n'étaient pas . . .

Le président: Nous nous retrouverons après la pause pour l'étude article par article. Je suis certain que s'il veut envoyer d'autres chiffres, il peut le faire.

Docteur Isaac, messieurs, nous vous remercions d'être venus ce matin, d'autant plus que vous avez reçu peu d'avis. Nous avons eu une bonne discussion aujourd'hui. Je vous remercie encore une fois.

[Text]

Dr. Isaac: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I now call members of the Quebec Medical Association to the table, please.

• 1131

• 1132

The Vice-Chairman: Order, please. Shall we begin?

We have before us Dr. Fournier, who is the President of the Quebec Medical Association, and Dr. Coffey, the Executive Director. Do I understand that correctly?

Dr. Fournier.

C'est cela.

Dr J. Coffey (secrétaire, Association médicale du Québec): Monsieur le vice-président, je suis secrétaire de l'Association.

Le vice-président: Docteur Fournier.

Dr M. Fournier (président, Association médicale du Québec): Monsieur le président, mesdames et messieurs, je suis un peu mal à l'aise du fait qu'il n'y ait que deux délégués du Québec, après avoir entendu la délégation de l'Ontario.

Une voix: C'est la qualité qui compte, plus que l'effectif.

Dr Fournier: Au Québec, comme vous le voyez, nous faisons les choses un peu différemment, car nous vous avons offert une représentation par petits blocs: vous avez entendu la Fédération des médecins omnipraticiens et la Fédération des médecins spécialistes et vous entendrez notre ministre, cet après-midi.

Il vous sera donc facile de refaire le petit casse-tête et de faire le point sur la présentation. Pour situer l'Association médicale du Québec, division provinciale de l'Association médicale canadienne, je dirai que l'Association médicale du Québec, constitue la plus importante association médicale au Québec. Elle représente au-delà de 8,000 membres représentés volontairement sur les 12,000 médecins qui exercent au Québec et ses effectifs, tant omnipraticiens que spécialistes, tant du milieu urbain que rural, sont autant de langue française que de langue anglaise.

Les principaux objectifs de la charte englobent l'amélioration des services médicaux et de la santé publique, l'amélioration des normes des services médicaux et hospitaliers, le développement des arts et des sciences médicales ainsi que le maintien de l'honneur et de l'intérêt de la profession médicale.

L'Association médicale du Québec a analysé le projet de loi canadienne sur la santé, et bien qu'elle soit d'accord sur les politiques de santé qui y sont énoncées, elle considère que les articles 18, 19 et 20, qui imposent des pénalités financières aux provinces, sont mal fondés et mal conçus. D'une part, ils portent atteinte à la compétence des provinces; d'autre part, ils s'avèrent de piètres encouragements pour faire observer une politique canadienne en matière des soins de la santé.

[Translation]

Dr Isaac: Merci, monsieur le président.

Le président: J'invite maintenant les représentants de l'Association médicale du Québec à venir prendre la parole.

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous allons commencer.

Nous recevons le Dr Fournier, président de l'Association médicale du Québec et le Dr Coffey, directeur exécutif. Est-ce bien cela?

Dr Fournier.

Yes.

Dr. J. Coffey (Secretary, Quebec Medical Association): I am the Secretary of the association, sir.

The Vice-Chairman: Dr. Fournier.

Dr. M. Fournier (President, Quebec Medical Association): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, I feel a bit uneasy seeing there are only two delegates from Quebec after hearing the Ontario delegation.

An hon. Member: It is the quality that counts more than the numbers.

Dr. Fournier: In Quebec, as you see, we do things somewhat differently since we have made our representations in a piecemeal fashion: You have already heard the Federal of General Practitioners, the Federation of Specialists and you will be hearing our minister this afternoon.

You will thus be able to put together the pieces of the puzzle and draw your general conclusions. To situate the Quebec Medical Association, a provincial division of the Canadian Medical Association, it is the largest medical association in Quebec and represents more than 8,000 physicians, who are voluntary members, out of the 12,000 practicing physicians in Quebec. Its membership includes general practitioners and specialists, urban and rural physicians, both English- and French-speaking.

Among the objectives of the association are the improvement of medical services and public health, improvement of standards of hospital and medical services, the promotion of medical arts and sciences and the maintenance of the honour and interests of the medical profession.

The Quebec Medical Association has reviewed the Canada Health Act and, although it generally agrees with the Canadian health care policy stated therein, it considers Articles 18, 19 and 20, which penalize the provinces financially as unwarranted and ill-conceived. Not only do they intrude on provincial jurisdiction but their presence, in order to enforce health care policy, is unjustified.

[Texte]

Nous ne sommes pas sans savoir que notre province traverse une crise de sous-financement des soins de santé. Comme notre gouvernement n'a pu ou n'a pas su allouer les ressources financières requises pour l'administration efficace de nos hôpitaux, la qualité des soins s'en trouve fortement menacée. Lorsque nos hôpitaux demandent une aide financière, on les avise de changer de vocation en absorbant plus de cas chroniques, de centraliser, de rationaliser ou de régionaliser. Bien que de telles mesures aient été employées d'une manière répétée, on exige que nos hôpitaux coupent davantage au titre des services, bien en deça de la limite raisonnable. Le projet de loi canadienne sur la santé est muet sur de tels problèmes. Tout au plus y trouve-t-on quelques vagues mentions au sujet du financement des hôpitaux.

• 1135

Par ailleurs, le projet de loi énonce clairement les critères à respecter eu égard à l'allocation de l'argent fédéral au niveau des services de santé provinciaux. Un de ces critères exige l'abolition de la surfacturation et des frais hospitaliers pour les usagers. N'est-ce pas obliger les provinces à brimer les libertés des citoyens? Nous ne pouvons souscrire à de telles injustices, car l'État ne saurait priver ses citoyens du libre choix de leurs priorités au sein de leurs provinces respectives. Les Québécois vivent cet interdit depuis 13 ans. Aujourd'hui, le gouvernement fédéral voudrait l'étendre aux autres provinces. Pourtant, le système qu'il cite en modèle n'a rien d'enviable.

L'Association médicale du Québec estime que la relation patient-médecin s'apparente à un contrat non écrit entre deux parties. Par consentement mutuel, l'une offre ses conseils et ses services et l'autre accepte la responsabilité d'en payer les coûts. Grâce au programme canadien d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé, tout citoyen se met à l'abri des coûts de santé catastrophiques. À notre avis, le rôle du tiers payant doit se borner à payer, non à dicter ses priorités aux assurés.

L'importance de la surfacturation est inversement proportionnelle à la satisfaction des médecins envers leurs honoraires négociés. On doit donc considérer la surfacturation à la fois comme une soupape de sûreté et comme un moyen de pression. Soupape de sûreté parce qu'elle corrige les inéquités d'honoraires négociés ou encore l'incapacité de payer des provinces, et moyen de pression parce qu'elle demeure le seul outil de négociation disponible, car la grève déplaît à tous, médecins et patients.

Le modèle québécois est preuve de ce qui arrive lorsque le législateur interdit toute marge de manoeuvre. En 1970, la législation à cet effet a provoqué la grève des spécialistes (sauf pour les cas d'urgence). Une loi d'exception, à la faveur de la célèbre crise d'octobre, les a forcés à reprendre le travail; sans cela, la grève aurait perduré jusqu'à ce que la profession médicale québécoise ait préservé, elle aussi, sa soupape de surfacturation.

Autre résultat: le médecin québécois a vu sa rémunération décliner d'année en année et passer au 10^e rang sur l'échiquier

[Traduction]

Our province is now going through a crisis in health care funding. Our provincial government has shown its inability to allocate adequate resources to our hospitals in order to run them effectively and to provide quality care for patients in such institutions. When these hospitals ask for financial aid, they are told to cut back their services, to change their vocation to a cheaper mix of services such as chronic care, to centralize, rationalize and regionalize. Although such cost-saving measures have already been utilized to a great extent, our hospitals are still being forced to cut more patient services, well beyond a reasonable level. The Canada Health Act is silent on such issues or, at most, pays lip service to the problems of hospital funding.

Furthermore, the Act clearly establishes criteria by which federal insurance funds may be used for provincial health services. One such criterion, the banning of extra billing and user fees, will effectively force provinces to withhold all insurance benefits from patients who are treated by an opted out doctor or who use a hospital which charge user fees. We cannot condone such unjust practices since the state is not entitled to deprive its citizens of the right to exercise their free choice of priorities within their respective provinces. Quebecers have been living with such a restriction for the past 13 years. Now the federal government would like to extend this system to other provinces although this supposed model can in no way be considered exemplary.

The Quebec Medical Association considers the doctor-patient relationship to be like an unwritten contract between two parties. By mutual consent, one provides medical counsel and service and the other accepts responsibility for payment. Medical and hospital insurance plans such as ours have relieved most of the burden and fears of catastrophic medical bill. In our opinion, the role of the third party providing payment must be limited to payment rather than dictating priorities to the insured.

The incidence of extra billing is directly related to physicians' satisfaction with their negotiated fees. Balanced billing, then, is both a safety valve and a means of pressure. It is a safety valve in that it corrects the inequities in the negotiated fees or the province's inability to pay and means of pressure since it is the only negotiating tool at our disposal since withdrawal of services or strike proves repugnant to doctors and patients alike.

The Quebec model provides an example of what can happen when this safety valve is taken away by legislation. In 1970, such legislation provoked a strike of Quebec specialists, except in cases of emergency. A special Act, coinciding with the famous October crisis, obliged them to return to their posts. Otherwise, the strike would have continued until the Quebec medical profession had succeeded in preserving this safety valve of balanced billing.

Another consequence has been that during the past 13 years our doctors in Quebec have seen their schedule of medicare

[Text]

des honoraires bruts. L'émigration de nos meilleurs cerveaux se chiffre par centaines. Ceux qui n'ont pas quitté se voient forcés de pratiquer une médecine de supermarché: un petit peu pour tous et la qualité pour un plus petit nombre. Voilà ce que l'État québécois offre à ses citoyens par le truchement de son programme de santé dit modèle.

Une législation de plus en plus restrictive étouffe tout espoir d'amélioration. L'État a usurpé la responsabilité du patient vis-à-vis de ses besoins en soins médicaux, le tout sous le couvert de l'assurance-maladie, un régime d'assurance qui paie de minables prestations au nom de l'assuré et qui force les médecins à y participer parce que, autrement, leurs patients perdraient la totalité des bénéfices prévus. Nos citoyens sont certains de payer mais non d'être payés. On leur dénie un droit fondamental au nom du contrôle des coûts.

Le modèle québécois serait à calquer pour celui qui voudrait exercer un contrôle rigide sur les budgets des hôpitaux et sur la quantité, la qualité et l'accessibilité des services médicaux ou des services hospitaliers. Avec le temps, le Québec pourra se targuer d'avoir atteint un objectif enviable: un budget des soins de santé à croissance moins zéro au prix d'une pénurie grandissante de services hospitaliers et d'un exode éhonté des fournisseurs de soins.

Now I will pass to Dr. Coffey.

Dr. J. Coffey (Executive Director, Quebec Medical Association): Mr. Chairman, to continue our Canadian duality, I would like to draw some conclusions and recommendations from some of the items Dr. Fournier has presented to you.

• 1140

First of all, the Quebec Medical Association sees little in the proposed Canada Health Act which addresses the problems of Quebec physicians, their hospitals, and their patients. The Canada Health Policy statements and criteria that are laid down for federal funding are in part laudable. Those calling for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners and the payment of adequate amounts to hospitals for the cost of insured health services raise a glimmer of hope in the province and should be encouraged. On the other hand, the attempt to force provinces to outlaw extra-billing and user fees by financial penalties merely gives a federal stamp of approval to the punitive Quebec legislation of 1970, which made balance-billing illegal and which Quebec physicians still find repugnant.

Quebec medicare has now lived with the ban on extra-billing and most user fees for 13 years. We can find no evidence that the quality of health care to patients has improved as a result of such. To the contrary, had those patients able to afford it been legally permitted to carry additional private health insurance and had doctors been permitted to charge reasonable

[Translation]

fees move steadily downward in comparison to their colleagues in other provinces, until we are now at the bottom. Hundreds of our best-trained and experienced specialists have left the province to relocate. Those who have remained are pressured into supermarket style medicine—a little bit for everyone but quality for few. This is what the Government of Quebec is offering its citizens through a so-called model health program.

Increasingly restrictive legislation stifles all hope for improvement. A patient's responsibility for his medical needs has been usurped by the state under the guise of medical insurance. Quebec medicare provides very low patient benefits for medical services and makes it virtually impossible for doctors to opt out since their patients would then receive no benefits whatsoever from the plan. Our citizens are denied a basic right on the grounds of controlling costs.

The Quebec model is a model for rigid control over hospital budgets and the quantity, quality and accessibility of medical and hospital services. Over time Quebec can boast of having reached an enviable objective: a zero growth health care budget obtained at the cost of an increasing shortage of hospital services and an alarming departure rate of health care providers.

Je vais maintenant céder la parole au Dr Coffey.

Dr J. Coffy (secrétaire, Association médicale du Québec): Monsieur le président, continuant dans la tradition de la dualité canadienne, j'aimerais tirer certaines conclusions et recommandations de l'exposé que vous a présenté le Dr Fournier.

Tout d'abord, l'Association médicale du Québec déplore le fait que la Loi canadienne sur la santé n'apporte aucun correctif aux problèmes nationaux en matière de soins de la santé et plus spécifiquement aux problèmes des médecins du Québec, à ceux de leurs patients et à ceux de leurs hôpitaux. Nous appuyons plusieurs des énoncés de la loi ayant trait à une politique canadienne en matière de santé ainsi que certains des critères régissant l'apport de la contribution financière fédérale. A ce titre, la mention d'une rémunération adéquate pour les médecins et d'un financement adéquat des coûts hospitaliers apporte une lueur d'espoir à la médecine québécoise. Par contre, nous percevons l'imposition d'une pénalité financière aux provinces qui permettrait la surfacturation ou qui imposerait des frais hospitaliers aux usagers comme une approbation de la législation punitive sanctionnée au Québec en 1970: L'interdiction faite à la surfacturation, dans la foulée de mesures d'urgence, a valu bien des déboires aux médecins québécois et leur répugne au plus haut point, encore aujourd'hui.

C'est prendre les vessies pour des lanternes que de nous citer en modèles. Le programme de santé québécois apporte la preuve irréfutable, après 13 années d'interdits dans la surfacturation, et à quelques exceptions près, des frais hospitaliers pour les usagers, que la qualité des soins n'est aucunement reliée à ces deux mesures de saines suppléances à un sous-

[Texte]

fees comparable to colleagues elsewhere, Quebec would not have lost so many of its best and experienced doctors. Similarly, if Quebec hospitals had been allowed to bill for services to patients, able to pay at rates more in line with true costs and largely insurable by public and private insurance, they would be in much better financial health. In addition, many of our hospitals involved with education and research would not be struggling to survive nor forced to close valuable patient services in the face of unreasonable budget cuts.

Having thus commented on the Bill, the Quebec Medical Association would urge Parliament to discuss medicare, not as a sacrosanct ideology but realistically, as a national health insurance scheme which is popular with both patients and doctors. Its ideals are noble, if not realistic, and its costs are enormous. As governments struggle to provide the fully insured services from diminishing revenues, pressures are created between health professionals and government which threaten to destroy the creature they have both created.

We would urge Parliament to modify the proposed Canada Health Act such that a reasonable sharing of medicare costs through private insurance plans would be available for those able to afford it. These patients would receive medicare benefits, but would not be exempt from balance-billing and hospital user fees but could carry private insurance for these needs.

Citizens exempt from the above cost-sharing requirements by virtue of their qualification for other government social assistance programs, age, income, senior citizen benefits, etc., would receive full medicare coverage and would be exempt from balance-billing and user fees. Such an injection of individual responsibility for one's medical needs would be coupled with a social commitment by government and physicians to provide all citizens with the highest quality of medical care attainable with available resources. It is our opinion that if members of Parliament in their wisdom were to modify the Bill to reflect this expanded cost-sharing philosophy, they would contribute to future stability and calm in Canada's health profession and would bring substantial benefits to Canadians in all provinces, including Quebec.

The Vice-Chairman: Thank you.

Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

Welcome to the table, after that imposing display by the Ontario Medical Association. Notwithstanding that, I do not want to make any other direct comparisons.

First of all, we have heard a lot of comment about medical research, dollars expended by respective provinces and in relation to federal funding. We have been also told that if we have what is described as the best medicare system in the world, we might not be able to maintain that level of expertise without spending dollars in preventive medicine, medical research, and other aspects. What is the position of the

[Traduction]

financement inéluctable. Encore là, le programme de santé québécois nous démontre aussi que sans ces deux mesures correctives, on s'expose à coup sûr à une baisse de la qualité des soins. L'exode massif continue de nos médecins les mieux qualifiés, la morosité de ceux qui sont demeurés sur place, le sous-financement de plus en plus aigu de nos hôpitaux et de nos centres d'éducation et de recherche médicale, ne laissent planer aucun doute sur le bien-fondé de notre corollaire.

A la lumière de ces commentaires, l'Association médicale du Québec exhorte le Parlement du Canada, lors de ses débats, à concevoir le programme national de la santé non comme une idéologie sacro-sainte, mais comme un programme national d'assurance santé qui plaît tant aux patients qu'aux médecins. Tous conviennent de ces nobles idéaux, même s'ils sont irréalistes, ainsi que de l'ampleur de ses coûts. En s'efforçant d'assurer une gamme complète de services à même des ressources financières qui vont en diminuant, on provoque des affrontements entre les professionnels de la santé et les gouvernements; de tels affrontements menacent de détruire l'oeuvre qu'ils ont tous deux créée.

Nous exhortons donc le Parlement du Canada à modifier la Loi canadienne sur la santé afin que ceux qui en ont les moyens puissent défrayer une partie raisonnable des coûts de santé par l'entremise de programmes privés qui couvriraient les coûts imputables à la surfacturation et aux frais hospitaliers pour les usagers.

Ceux qui n'en auraient pas les moyens seraient à l'abri de ce partage des coûts en vertu des critères d'exemption déterminés par les gouvernements. Un tel apport de responsabilités personnelles concernant des besoins de santé individuels serait associé à un engagement social formel de la part des gouvernements et des médecins à prodiguer à tous les citoyens, sans exception, des soins de la plus haute qualité possible en fonction des ressources disponibles. À notre avis, si dans leur sagesse, les députés acceptaient de modifier la Loi canadienne sur la santé de manière à ce qu'elle reflète cette philosophie élargie d'un partage des coûts, ils contribueraient par le fait même à assurer un avenir plus calme et plus stable à la profession médicale canadienne, pour le mieux-être des Canadiens dans toutes les provinces, y compris le Québec.

Le vice-président: Merci.

Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président.

Je vous souhaite la bienvenue même si vous êtes beaucoup moins nombreux que la délégation de l'Association médicale de l'Ontario. A part le nombre, je ne veux pas faire de comparaison entre vos présentations.

Tout d'abord, nous avons beaucoup entendu parler de la recherche médicale, des montants consacrés à ce domaine par les provinces et proportionnellement au financement fédéral. On nous a dit aussi que si nous avons le meilleur système de soins de santé au monde, nous ne pourrions peut-être pas maintenir notre niveau sans consacrer de l'argent à la médecine préventive, la recherche médicale et à d'autres efforts.

[Text]

medical association in the Province of Quebec with respect to funding in health care facets, other than what you have already addressed?

• 1145

Dr. Coffey: Similar to what Dr. Scully has pointed out, I think our educational resources are increasingly becoming very, very limited. Much of the subsidies going into the funding of education in medicine is being contributed by the physicians themselves. Like Dr. Scully, in Montreal in the teaching hospitals we all contribute to research and development in medicine. We do this willingly, but we cannot begin to meet the needs of the research that is required to keep us on the leading edge.

To answer your question specifically, I would say research is one of our major concerns, certainly in the McGill hospitals. You will hear more about that this afternoon, I am sure.

Mr. Reid (St. Catharines): You have told us fairly forcefully already that the rest of Canada should not be driven into the Quebec model of medicare. The word was even used that it was not necessarily a viable model. Are you prepared to expound on that any further?

Dr. Coffey: I would only say that here you have before you a perfect study of a province's having spent 12 or 13 years without extra-billing. Look for yourselves at what the quality of care is, what the situation is in our hospitals. Anyone from Montreal, such as Mr. Allmand, knows very well that the papers have been full of scare stories about emergency rooms piling up, hospital wards closing down because we cannot afford to pay nurses to run them and they are backing up in our emergency rooms. These examples could go on *ad infinitum*.

Mr. Reid (St. Catharines): Recognize, if you would, then, as a group of practitioners in the medical field, that Bill C-3 may be used as a justification of confirming the position of the province, but jurisdictionally, the delivery of medical service is the responsibility of the provinces. Forgetting the fact that you have had 13 years of no extra-billing, do you consider Bill C-3 an intrusion into that delivery of medicare services within a province, jurisdictionally?

Dr. Fournier: Avec votre permission, je vais répondre en français.

Je pense que le projet de loi, tel qu'il est formulé, est une intrusion, ou semble l'être du moins. Ce sera aux politiciens de déterminer s'il y a vraiment dépassement de droits fédéraux. Ce n'est pas aux médecins de le faire, car nous ne sommes pas qualifiés pour déterminer s'il s'agit de droits provinciaux ou fédéraux. Jusqu'à maintenant, cela a été dévolu aux provinces. La province de Québec a voulu se charger de ce problème, mais il semble bien qu'elle manque maintenant de fonds. La province de Québec voit dans le projet de loi C-3 un autre retrait possible de fonds. Les médecins ne savent pas où va l'argent; à gauche, on dit qu'il y en a suffisamment, et à droite, on dit qu'il en manque. Nous, nous ne savons pas où va

[Translation]

Quelle est la position de l'Association médicale du Québec concernant le financement d'activités reliées aux soins de santé autres que celles que vous avez mentionnées?

Dr. Coffey: Comme l'a mentionné le docteur Scully, je crois que nos établissements d'enseignement subissent de plus en plus de contraintes. Une grande partie de l'argent consacré au financement des études médicales est contribué par les médecins eux-mêmes. Comme le docteur Scully l'a dit, dans les hôpitaux universitaires de Montréal, nous contribuons tous aux travaux de recherche en médecine. Nous le faisons de bonne grâce, mais nos contributions ne pourraient jamais suffire à maintenir le niveau de recherche nécessaire dans les domaines de pointe.

Pour vous répondre plus précisément, je vous dirais que la recherche est l'une de nos préoccupations principales, certainement dans les hôpitaux reliés à l'Université McGill. Vous allez sûrement en entendre davantage cet après-midi.

M. Reid (St-Catharines): Vous avez présenté avec beaucoup de conviction des arguments contre l'adoption du modèle québécois par le reste du Canada. On a même dit que ce n'était pas forcément un modèle viable. Pourriez-vous nous donner des précisions à ce sujet?

Dr. Coffey: Je dirai simplement que vous avez dans le cas du Québec un exemple parfait d'une province qui a passé 12 ou 13 ans sans surfacturation. Constatez vous-mêmes quelle est la qualité des soins et quelle est la situation de nos hôpitaux. Tout Montréalais, comme M. Allmand, sait que les journaux parlent souvent de salles d'urgence bondées, de la fermeture de salles d'hôpitaux faute d'argent pour payer les infirmières. Les gens, privés ainsi de possibilités, finissent dans nos urgences. Je pourrais vous donner de nombreux exemples.

M. Reid (St-Catharines): Il se peut que le projet de loi C-3 soit utilisé comme une justification pour confirmer la position de la province mais d'un point de vue constitutionnel, la responsabilité des soins de la santé relève des provinces. Si on oublie le fait que la surfacturation est interdite chez vous depuis 12 ans, pensez-vous que ce projet de loi constitue de l'ingérence dans un domaine qui relève de la compétence provinciale?

Dr. Fournier: With your permission, I will answer in French.

I think that the bill in its present form is an intrusion, or seems to be one. It is up to the politicians to determine whether the federal government has gone beyond its limits. This is not a matter for the physicians to comment on since we are not qualified to determine whether it is the provincial or federal right. So far the responsibility has been a provincial one. The Province of Quebec wanted to settle the problem but it appears now that it does not have the funds. The Province of Quebec sees in Bill C-3 another possible withholding of funds. Physicians do not know where the money is going; on one hand we are told that there are enough funds and on the other hand, that there is a shortage. We do not know where the money is

[Texte]

l'argent. Tout ce que nous savons, c'est que dans les hôpitaux, il nous faut une éternité et des discussions interminables avant de réussir à obtenir le minimum d'argent nécessaire pour remplacer de l'équipement vétuste. Nous en sommes rendus au point où il faut attendre que l'équipement essentiel soit complètement démolé avant de le remplacer. C'est là une situation d'urgence et on met tout en branle. Il y a certainement un manque de prévision ou d'argent quelque part.

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): There is the problem of underfunding—we recognize that—which does have a direct effect on your ability to deliver the care in the style and quality you would wish. But I would like to emphasize further the last aspect of my comment.

• 1150

The alleged founder of medicare in Canada, the distinguished jurist Mr. Justice Emmett Hall, said at the outset that it was not intended to make medical practitioners functionaries of the state. It was not then; it is not now.

Now, if the federal government, along with the provinces, are going to indicate what your remuneration will be, do you consider this a first step in the functionary aspect of the state whereby they will license you or not, declare what locality you will serve in—or even to the degree of where you might qualify to serve?

Dr Fournier: Je pense qu'il y a sûrement là un danger. Si on veut niveler ou ramener les revenus ou la modalité de négociation ou de travail des médecins à une échelle standard pour tout le Canada, puisque c'est la question, il y a certainement danger de voir naître éventuellement d'autres coercitions de l'ordre du fonctionnarisme.

Par contre, les négociations que nous avons connues au Québec depuis 13 ans, se sont avérées ardues et difficiles, et je pense que la plupart des médecins du Québec ne seraient pas fâchés de voir l'avènement d'un nouveau mode de négociations d'honoraires justes et raisonnables.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Reid.

Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le vice-président.

Vous avez parlé de casse-tête, au début, mais j'ai l'impression qu'après vous avoir entendu ainsi que le ministre, M. Johnson, cet après-midi, le casse-tête ne sera pas résolu. Cela demeurera un casse-tête pour nous tout au moins.

Je trouve un peu curieux que vous disiez, il me semble, qu'il doive y avoir deux genres de soins dans notre société: ceux pour lesquels on doit payer et ceux pour lesquels on ne doit pas payer. Vous semblez dire que cela n'influe aucunement sur la qualité des soins donnés.

Je me demande pourtant si, d'autre part, vous ne nous dites pas que les médecins ne sont pas suffisamment rémunérés et que cela se répercute sur leur travail. Comment pouvez-vous

[Traduction]

going. All we know is that in the hospitals we have to have long drawn out discussions before being able to obtain the minimum amounts necessary to replace outdated equipment. We have now reached the point where we have to wait for essential equipment to break down completely before it is replaced. Then we are faced with an emergency and everything is set into motion. There is certainly a lack of foresight or of money somewhere.

Le vice-président: Votre dernière question, monsieur Reid.

M. Reid (St-Catharines): Vous reconnaissez qu'il y a le problème du sous-financement qui affecte votre capacité de donner la qualité de soins que vous voudriez.

Celui qui est considéré comme le fondateur du régime d'assurance-maladie au Canada, le distingué juriste M. le juge Emmett Hall, avait bien précisé qu'il n'était pas question de faire des médecins des fonctionnaires de l'État. Ce n'était pas l'intention à l'époque, ni aujourd'hui.

Or, si le gouvernement fédéral et les provinces doivent décider quelle sera votre rémunération, pensez-vous que c'est la première étape vers la fonctionnarisation de la profession où l'État décidera de vous accorder ou non un permis, dans quelle localité vous aurez le droit d'exercer la médecine?

Dr. Fournier: I think that it is certainly a danger. If there is an attempt made to bring our revenue to a certain level or to establish a standard scale for physicians' responsibilities throughout Canada, then there certainly would be the danger of seeing other types of coercion such as imposed on civil servants.

However, the negotiations we have been through in Quebec over the past 13 years have proved to be arduous and difficult and I think that most doctors in Quebec would not be unhappy to see a new system for negotiating just and reasonable fees.

M. Reid (St. Catharines): Merci.

Le vice-président: Merci, monsieur Reid.

Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

You talked about putting together the pieces of a puzzle but after hearing you and the minister, Mr. Johnson, this afternoon, it seems to me that the puzzle will not be solved. It will still be a puzzle for us at least.

It strikes me as strange to hear you say, as I interpret it, that there should be two types of care provided in our society, one for those who pay and one for those who do not pay. You seem to be saying that this will have no influence on the quality of care provided.

However, you seem to be saying that physicians are not sufficiently well remunerated and that this does have an effect on their performance. How could we accept your claim that

[Text]

nous faire accepter la théorie voulant qu'il y ait des gens qui vont payer pour avoir d'excellents soins et des gens qui ne paieront pas et qui auront aussi d'excellents soins alors que vous-mêmes vous affirmez être dans une situation délicate qui vous touche personnellement et influe probablement sur votre comportement.

Dr Fournier: Je vais tenter de répondre aux deux points de la question: on semble comprendre qu'il existe des soins payables et d'autres qui ne le sont pas et qu'il existerait une différence entre les deux. Or, la qualité de ces soins ne serait pas différente. D'ailleurs, elle ne l'a jamais été. Tous et chacun d'entre vous ont eu l'occasion de se rendre chez un ou plusieurs médecins au cours de leur vie, et je doute que le médecin ait demandé l'argent avant de prodiguer les soins, avant l'avènement du régime d'assurance-santé. Son code d'éthique sera toujours d'exercer la médecine.

La valeur des soins donnés n'est pas nécessairement différente, mais certaines activités qui entourent les soins, comme les services de nursing ou d'hébergement, sont favorisées, non pas à la limite minimale ou indispensable à tout le monde, mais pourraient l'être,—elles le sont déjà d'ailleurs car il y a déjà des frais de surfacturation imposés dans les hôpitaux pour les chambres privées ou semi-privées— donc, la société semble bien admettre que c'était une façon de financer une partie des frais hospitaliers, puisqu'il semble manquer d'argent. S'il ne manque pas d'argent, c'est une autre chose. Si les gouvernements fédéral et provinciaux veulent s'entendre pour donner des soins justes et équitables à tout le monde, en rehaussant la norme pour tout le monde, à mon avis, les médecins ne peuvent s'y opposer.

M. Marceau: Vous parlez de pouvoirs entre les deux gouvernements. Or, est-ce que j'interprète bien votre mémoire en disant que vous êtes prêt à donner plus de pouvoirs au gouvernement fédéral au chapitre de la détermination des rémunérations acceptables? Iriez-vous même jusqu'à accepter que le gouvernement impose à un certain moment l'arbitrage obligatoire? En fait, où situez-vous le fédéral? D'une part, vous nous dites que nous devons faire telle chose et, d'autre part, vous semblez dire que ces choses sont de compétence provinciale. Où nous situez-vous exactement, et que voulez-vous que nous fassions exactement au point de vue des pouvoirs?

• 1155

Dr Fournier: Discuter avec les provinces. Nous, nous négocions avec notre province, avec notre ministre des Affaires sociales, et le fédéral doit s'entendre avec notre province. Si le gouvernement fédéral ou le reste du Canada pense que les médecins du Québec sont mal payés, il faudrait peut-être suggérer de bien les rémunérer.

Une voix: On le fera cet après-midi, docteur Fournier.

Dr Fournier: C'est ce que l'on attend de vous.

M. Marceau: Si je comprends bien votre argumentation, vous dites que l'abolition de la surfacturation au Québec, dans les années 70, a changé le climat dans la province. Ne croyez-vous pas que ce que l'on doit défendre, c'est le principe de

[Translation]

people who pay for their care and those who do not will both be given excellent service when you say yourselves that you are in a delicate situation which probably does have an affect on your behaviour.

Dr. Fournier: I will try to answer the two points of your question: you seem to have understood that there would be one kind of care which is paid for and another which is not and there would be a difference between the two. The quality of such care would in no way be different. This has never been the case. I am sure you have all been to see a doctor at some time in your life and I would be surprised to learn that in the days before medicare, the physician asked for payment before treating you. His code of ethics requires him to practice medicine.

Quality of the care would not necessarily be different but certain other factors might such as the nursing or accommodation. Of course, there would be a minimum standard for everyone but even at the present time there is extra billing practiced in hospitals for private or semi-private rooms. Thus, society seems to accept that this is a way of financing a part of hospital costs since the funds seem to be lacking. If there was no shortage of money, it would be a different matter. If the federal and provincial governments wanted to agree on a way of providing just and equitable care for everyone by improving the standard for everyone, I do not think that this would be opposed by the physicians.

Mr. Marceau: You talked about the powers of the two levels of government. Am I right in concluding from your brief that you are willing to give more powers to the federal government as far as determining acceptable compensation is concerned? Would you go so far as to accept the government imposing binding arbitration at one point or another? How do you see the role of the federal government? You are telling us that we should take certain steps and yet you seem to be saying that these matters fall within provincial jurisdiction. How exactly do you see our role and what exactly do you want us to do with respect to the powers mentioned?

Dr. Fournier: Discuss the matters with the provinces. We negotiate with our province and with our Minister of Social Affairs and the government must come to an agreement with the province. If the federal government or the rest of Canada thinks that physicians in Quebec are poorly paid, then perhaps the suggestion might be made to improve their compensation.

An hon. Member: Well do it this afternoon, Dr. Fournier.

Dr. Fournier: That is what we expect from you.

Mr. Marceau: If I understand you correctly, you are saying that the abolition of extra billing in Quebec in the 1970s brought about a change in the climate of the province. Do you not think that the important thing for us to defend is the

[Texte]

l'accessibilité des services à la population? Vous nous demandez, en même temps, de protéger l'accessibilité et de vous protéger. Ne pensez-vous pas que nous devons avoir une priorité, et acceptez-vous que notre priorité soit l'accessibilité des soins pour tous?

Dr Fournier: Je crois que les deux choses vont de pair. Si vous voulez assurer l'accessibilité, vous devez avoir les gens nécessaires. Le médecin et le patient sont donc en parallèle.

M. Marceau: Oui, mais il reste que l'accessibilité pour tous les Canadiens relève du fédéral, tandis que la rémunération relève des provinces. C'est là qu'est la difficulté.

Dr Fournier: Vous dites que l'accessibilité relève du fédéral. Pour ma part, je suis tout à fait incompétent pour dire si vous avez raison ou tort. Vous, vous dites que c'est de votre ressort; moi, je ne le sais pas. C'est peut-être vrai, c'est peut-être faux, mais il reste une chose: c'est que la surfacturation ou les frais modérateurs ne se retrouvent pas surtout du côté des honoraires des médecins, à mon avis; ils se retrouvent du côté des centres d'hébergement et des centres hospitaliers. C'est là qu'est le gros de l'argent. Ce n'est pas chez les médecins, du moins pas au Québec puisque l'on ne surfacture pas. Depuis 13 ans, les médecins ne surfacturent plus. Donc le problème du partage, j'imagine, doit être du côté des centres d'hébergement et des hôpitaux.

M. Marceau: Une question pour terminer. Vous semblez dire que l'une des solutions serait de limiter les soins. Vous semblez dire que si l'on limitait en quelque sorte les soins pour l'ensemble des citoyens, cela pourrait être une solution.

La deuxième partie de ma question. On nous a dit qu'il y avait des façons de diminuer les coûts. Entre autres, on nous a souvent suggéré d'utiliser les infirmières de façon plus rationnelle, ou bien encore d'accorder plus d'importance aux soins à domicile ou en maison de soins infirmiers. Avez-vous des commentaires à faire là-dessus?

Dr Fournier: Je ne crois pas avoir émis l'idée que la limitation des soins était une solution au problème. Si j'ai donné l'impression de penser cela, je retire ce que j'ai dit, à moins que ce ne soit une interprétation de votre part. Je ne crois certainement pas que la limitation des soins soit une solution. Je pense qu'il faut défendre l'accessibilité pour tous. Les médecins, du moins les membres du corps professionnel que nous représentons, sont là pour donner des services dans des conditions convenables, avec des horaires de travail convenables et avec le reflet sur la société qui nous est normalement dévolu. Ce n'est pas uniquement une question de rémunération.

La diminution des coûts . . .

M. Marceau: Par une utilisation accrue des infirmières.

Dr Fournier: Nous portons beaucoup de respect à tous les professionnels autres que médecins. Tous et chacun ont leur spécialité, leurs connaissances et leur compétence, mais je réaffirme qu'en soins de santé, je crois, et là, je ne crois pas me tromper, que les médecins sont certainement les plus qualifiés pour diriger une équipe de soins de santé.

[Traduction]

principle of universal accessibility of service? You are asking us to protect at the same time accessibility and yourselves. Do you not think that we should have a priority and would you agree that this priority is universal accessibility to health care?

Dr. Fournier: I think the two things go together. If you want to ensure accessibility you must have the practitioners. The physician and the patient cannot be separated.

Mr. Marceau: Yes, but accessibility for all Canadians is a responsibility of the federal government, whereas remuneration comes under the provinces. That is the problem.

Dr. Fournier: You say that accessibility is a federal responsibility. I personally am not qualified to say whether you are right or not. You say that it is your area of jurisdiction, but I do not know. This may be true, it may not, but it is worth noting that extra billing or user fees are not only to be found with respect to physician's fees, they are applied by nursing homes and hospitals. That is where the large sums of money are involved. This does not apply to physicians, at least in Quebec where there is no extra billing. There has been no extra billing from physicians for 13 years. Therefore the problem of sharing, I imagine, must concern the nursing homes and the hospitals.

Mr. Marceau: One final question. You seem to say that one of the solutions would be to limit care. You seem to say that if there was some limitation on care for the entire population, this might be a solution.

The second part of my question concerns the ways of reducing costs. One such method often suggested to us is to make more rational use of nurses, or to give greater importance to home care by nurses. Do you have any comments on this?

Dr. Fournier: I do not believe that I ever gave the impression that limiting care was a solution for the problem. If I have in any way conveyed that idea, I withdraw what I said, unless there was a misunderstanding on your part. I certainly do not think that limiting care would be a solution. I think that we must defend accessibility for everyone. Physicians, at least those members of the professional body we represent, expect to provide services in proper conditions and acceptable working hours and the consideration which we normally receive from society. It is not solely a question of compensation.

As for reducing costs . . .

Mr. Marceau: By increased use of nurses.

Dr. Fournier: We have a great deal of respect for all professionals other than physicians. They all have their specialty, their expertise and competence but I think that it is important to reaffirm that as far as health care is concerned, physicians are certainly the best qualified to direct any health care team.

[Text]

• 1200

M. Marceau: Les soins à domicile, n'est-ce pas?

Dr Fournier: Cela fait partie des soins de santé.

M. Marceau: Cela pourrait être une solution moins dispendieuse.

Dr Fournier: Je suis incapable d'évaluer la question. Les soins de santé à domicile existent déjà.

Voulez-vous parler des soins prodigués par les infirmières?

M. Marceau: Oui.

Dr Fournier: C'est déjà fait. Je pense que dans beaucoup de régions, ce sont les infirmières qui visitent à domicile, et non pas les médecins.

M. Marceau: C'est un dossier à suivre.

Le vice-président: Merci, monsieur Marceau.

The Vice-Chairman: Order, please. *Merci, monsieur Marceau.*

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I just want to make one comment following what Mr. Marceau said, and perhaps that may provoke a comment from our witnesses, and then I want to ask a question.

I know the very well-intentioned concerns of Mr. Marceau, and I am sure his colleagues, that by not banning extra-billing it will lead to—let me put it this way, that by banning it we are going to improve the lot of all patients in Quebec or in Canada. The point I want to make, Mr. Chairman, is that by allowing extra-billing in appropriate cases it does the very opposite to what Mr. Marceau thinks will happen. It does not produce a two-tiered system.

It does two things. First of all, with respect to physician availability, it means that Quebec has suffered through the loss of good specialists in the province, because they have been driven out, and that automatically lowers the quality of care of all patients in Quebec. That is deplorable. That is true; that is what has happened.

The second thing it does, and we heard last night from specialists, that by not allowing user fees we have failed to let extra money get into the system to provide the kind of equipment and services that the hospital needs to improve the lot for everybody. In other words, if you allow the extra-billing and user fees, what you actually do is you improve the service that even the lowest socio-economic group in the province gets, and by banning it you do the reverse.

Maybe the witnesses would want to comment on that.

Dr. Coffey: Mr. Chairman, I would like to comment on that, because I think this brings up the very point of discussing an ideology. Do we feel that we must protect the collective good always, or do we feel that as individuals we need to look after some of our own needs? I think most of us in 1984 believe that we have certain responsibilities we must take, and we are doing that. We are running in the morning, we are jogging; we are

[Translation]

Mr. Marceau: And for home care?

Dr. Fournier: That is part of health care.

Mr. Marceau: It might be a less costly solution.

Dr. Fournier: I am unable to say. Home health care is something which already exists.

Are you referring to care provided by nurses?

Mr. Marceau: Yes.

Dr. Fournier: I believe that in many areas nurses are the ones who make home visits rather than doctors.

Mr. Marceau: It is a matter worth following up.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Marceau.

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît. *Thank you, Mr. Marceau.*

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

J'ai seulement une observation à faire concernant l'intervention de M. Marceau; nos témoins auront peut-être quelque chose à dire là-dessus, et je vais poser ensuite une question.

Je sais que M. Marceau et ses collègues sont bien intentionnés et qu'ils estiment qu'en interdisant la surfacturation nous allons améliorer le sort de tous les patients au Canada et au Québec. Je tiens à souligner qu'en permettant la surfacturation dans les cas appropriés, l'effet est exactement le contraire de celui auquel M. Marceau s'attend. On ne crée pas ainsi un système à deux classes.

Il y a deux résultats. Pour ce qui est du nombre de médecins, le Québec a perdu beaucoup de bons spécialistes, poussés par cette mesure, et cela entraîne automatiquement une baisse dans la qualité des soins dispensés à tous les Québécois. Cela est déplorable et c'est un résultat incontestable.

Deuxièmement, comme nous l'avons entendu hier de la part des spécialistes, l'interdiction des frais modérateurs a empêché l'injection de certaines sommes supplémentaires qui permettraient l'acquisition d'équipement et de services dont tous les hôpitaux ont besoin pour améliorer la qualité de services pour tout le monde. Autrement dit, la surfacturation et les frais modérateurs permettent d'améliorer le service même pour le plus bas niveau socio-économique de la province tandis que l'interdiction a l'effet contraire.

Peut-être les témoins voudraient-ils répondre à cela.

Dr Coffey: Monsieur le président, je voudrais y répondre car je crois qu'il s'agit de principes intéressants. Croyons-nous qu'il faut toujours protéger l'intérêt commun ou que les citoyens ont une responsabilité individuelle en ce qui concerne certains de leurs besoins? Je crois que la plupart de nous en 1984 croient que nous devons assumer certaines responsabilités et nous agissons en conséquence. Nous faisons du jogging le

[Texte]

participating; we are being encouraged by the government to participate in our own health needs.

As an extension of this, I would say that those who are fortunate, who can subsidize our system, should be allowed the privilege of doing so. I am also suggesting that everyone will receive quality health care. And when people start talking about two levels of health care, that I think is nonsense. That, indeed, is a red herring. As doctors, we give one quality of care to everyone. I think we stand on that. There are no two levels of care when you come to see me, whether you have money or none.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the only time you get two levels of care is when you drive people into the two-tiered system as they have in the U.K.

My question is—and it is a short question... could the QMA tell us...

Mr. Blaikie: Why do you guys support this Act?

Mr. Halliday:—whether or not they were consulted by the federal Minister of Health as she was developing this Bill? Did they come to you as the major professional group in Quebec? I know you have your colleagues, the two federations, but were you approached by the federal Minister as she was developing this bill; and, secondly, has she, to your knowledge, done any kind of a study—a valid intensive study—comparing, as you mentioned, Dr. Coffey, the 13 years' experience you have had in Quebec with other systems both in Canada and elsewhere in the world?

Dr. Coffey: To my knowledge, none.

Mr. Halliday: None what?

Dr. Fournier: No consultation; no consultation whatsoever.

Mr. Halliday: And has she done a study comparing your system, which as you said has given you 13 years' experience...? Has she done a study; and if so, what are the conclusions from that *vis-à-vis* other types of health models?

Dr. Coffey: There has been no such study, and that is what we are inviting. We are inviting people to look at Quebec now as a model to study.

• 1205

It has been assumed by newspapers that we have the model. Editorials out of Montreal last summer and early fall said, send the Quebec model across the country and cure everyone's health.

Mr. Halliday: And nobody has studied it yet.

Dr. Coffey: No. The assumption is that we have the correct model. We have tried to point out, as practising doctors, that the system in Quebec is full of cracks.

Mr. Halliday: Thank you very much.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Mr. Allmand.

[Traduction]

matin, nous faisons de l'exercice, le gouvernement nous y encourage dans l'intérêt de notre santé.

Pareillement, je dirais que ceux qui ont les moyens de subventionner notre régime devraient avoir le privilège de le faire. Je dis aussi que tout le monde aura des soins de bonne qualité. Quand on commence à parler de deux classes de soins, je trouve cela ridicule, c'est simplement un leurre. En tant que médecins, nous donnons la même qualité de soins à tout le monde, c'est une question de principe. Il n'y a pas deux niveaux de soins quand vous venez me consulter, que vous ayez de l'argent ou non.

M. Halliday: Monsieur le président, c'est seulement par la création d'un régime à deux niveaux, comme celui du Royaume-Uni, qu'on donne la possibilité d'avoir deux classes de soins.

Je demanderais donc à l'A.M.Q., et c'est une brève question...

M. Blaikie: Pourquoi vous, les conservateurs, appuyez-vous ce projet de loi?

M. Halliday: ... si elle a été consultée par le ministre fédéral de la Santé lors de l'élaboration du projet de loi? Avez-vous été contacté en tant que le plus important groupe professionnel du Québec? Je sais qu'il y a les deux autres fédérations, mais j'aimerais savoir si le ministre fédéral vous a consultés au sujet de ce projet de loi et, deuxièmement, savez-vous si elle a fait une étude valable, une étude approfondie, comparant l'expérience que vous avez au Québec depuis 13 ans avec les autres régimes au Canada et ailleurs au monde?

Dr. Coffey: À ma connaissance, non.

M. Halliday: Non?

Dr Fournier: Aucune consultation du tout.

M. Halliday: Et a-t-elle fait une étude qui compare votre régime, où l'expérience dure depuis 13 ans...? A-t-elle fait une étude et si oui, quelles en sont les conclusions par rapport à d'autres modèles?

Dr Coffey: Il n'y a pas eu d'étude semblable et c'est ce que nous suggérons. Nous proposons une étude de ce modèle québécois.

Les journaux portaient du principe que nous avions le modèle. Dans des éditoriaux rédigés à Montréal l'été dernier et au début de l'automne, il était question d'appliquer le modèle québécois partout au Canada comme remède à tous nos maux.

M. Halliday: Et personne ne l'a encore étudié.

Dr Coffey: Non. On semblait croire que nous avions le bon modèle. En tant que médecins travaillant au Québec, nous avons essayé de démontrer qu'il y a beaucoup de failles dans le régime québécois.

M. Halliday: Merci beaucoup.

Le vice-président: Merci, monsieur Halliday. Monsieur Allmand.

[Text]

Mr. Allmand: Thank you, Mr. Chairman.

I fully agree with Dr. Coffey and Dr. Fournier that the problem in Quebec appears to be with the underfunding of facilities. Let us just take chronic care, for example, where you can get service in English. I think right now people in NDG have to go to the east end of Montreal to the extended care hospital on St. Catherine Street East. Next year they are going to be closing the former Queen Mary Veterans' Hospital, which was used for chronic care, so they can renovate it. So it means that in all of Montreal, for service in English, I think there is one major hospital and then a lot of private ones, which are very poor. So there is a real problem with underfunding in the facilities.

However, with respect to the doctors, I have read the part in the statement which says that we have lost a lot of our best and experienced doctors. I must say that I find that we still have many good and excellent doctors and other health-care specialists, because I see them often in the Queen Elizabeth, the Royal Victoria, the St. Mary's Hospital and the Montreal General. I wonder, when they say that we have lost so many, do they have any estimate on how many in fact we have lost? It is very apparent to me that there is a problem with facilities, but I do not see the problem as much with respect to our doctors. Do they have any estimate?

Dr. Coffey: Yes. Mr. Chairman, rough estimates are that we have lost 1,000 doctors in the last four years. In the last year, we have lost 500, and the importance is that it is not the young intern graduating or coming out from his first year and moving to B.C. or down to Vermont, or whatever. These are experienced doctors who have been highly trained. Canada has invested thousands of dollars in training these people, and they had been practising for up to 10, 15 years. However, at the peak of their career, they just cannot hack the system any longer. So they opt out. They go to the States; they go to Ontario or B.C. Those are the people whom we miss; those are the experienced people whom you do not see around the Montreal General and the Royal Victoria any more. They have gone.

Mr. Allmand: I must say that the doctors that I know, thank God, have not gone.

Dr. Coffey: Yes.

Mr. Allmand: I only know of one friend of mine who left, a psychiatrist. He went to the United States. Most of the experienced doctors I know have not gone, and I am thankful for that.

Mr. Blaikie: The more psychiatrists there are the more mental problems there are anyway.

Mr. Allmand: Maybe. In the brief you said:

If Quebec hospitals had been allowed to bill for service for those patients able to pay . . .

And then further down the page you say:

for those able to afford it . . .

[Translation]

M. Allmand: Merci, monsieur le président.

Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Coffey et le Dr Fournier que le problème au Québec semble se situer au niveau du sous-financement. Prenons l'exemple des malades chroniques, où peuvent-ils obtenir des services en anglais? Je crois que maintenant les habitants de Notre-Dame-de-Grâce doivent aller dans l'est de Montréal à l'hôpital des soins complémentaires de la rue Ste-Catherine est. L'année prochaine, on va fermer pour rénovations, l'ancien hôpital pour anciens combattants Queen Mary, qui desservait les malades chroniques. Cela veut dire que dans toute la ville de Montréal, il n'y a qu'un hôpital majeur qui offre des services en anglais et plusieurs hôpitaux privés, ce qui me semble tout à fait insuffisant. On peut donc dire que le financement des établissements est un problème.

Dans une partie de votre mémoire, vous dites que nous avons perdu beaucoup de nos meilleurs médecins ayant une longue expérience. Il me semble que nous gardons encore beaucoup d'excellents docteurs et d'autres professionnels de la santé car je les vois souvent aux hôpitaux Queen Elizabeth, Royal Victoria, St. Mary's et Montreal General. Avez-vous une idée du nombre exact de médecins qui sont partis? Je comprends très bien la difficulté concernant le financement, mais pas tellement en ce qui concerne le nombre de médecins. Avez-vous des chiffres?

Dr Coffey: Oui. D'après des estimations approximatives, nous avons perdu 1,000 médecins depuis quatre ans. L'année dernière, nous en avons perdu 500 et il ne s'agit pas de jeunes internes qui vont déménager en Colombie-Britannique et au Vermont. Ce sont des médecins avec beaucoup d'expérience et ayant reçu une formation très spécialisée. Le Canada a investi des milliers de dollars dans leur formation et ils exercent la médecine depuis 10 ou 15 ans. Mais en plein milieu de leur carrière, ils ne peuvent plus supporter le système et ils décident de partir aux États-Unis, en Ontario ou en Colombie-Britannique. Ce sont ces personnes-là qui nous manquent, les médecins expérimentés qu'on ne voit plus au Montreal General ou au Royal Victoria. Ils sont partis.

M. Allmand: Heureusement que les médecins que je connais ne sont pas partis.

Dr Coffey: Oui.

M. Allmand: Il y a seulement un de mes amis qui est parti, il était psychiatre et il est allé aux États-Unis. La plupart des médecins expérimentés que je connais sont restés et j'en suis reconnaissant.

M. Blaikie: Plus il y a de psychiatres, plus il y a de problèmes de santé mentale.

M. Allmand: Peut-être. Dans votre mémoire, vous dites:

Si les hôpitaux du Québec avaient la possibilité de facturer les services à ces patients qui sont capables de payer . . .

Et plus loin vous dites:

Pour ceux qui en ont les moyens . . .

[Texte]

And then on the last page you say:

In the system that you suggest you would exempt those who are on social assistance, who are elderly, who have income problems.

This suggests to us that there would be some kinds of means test. Is that correct? How else could you determine who were to pay user fees and who were to pay the extra-billing, in this system proposed, if we did not have a means test? Before you answer that I will refer back to the original Hall Commission Report. Mr. Justice Emmett Hall was here just last week, and he recommended against that.

If I recall, the first Hall Commission pointed out that probably those who had the greatest difficulty prior to medicare—had to often lose their homes, mortgage their homes, all that kind of thing—were the middle-class. Doctors and hospitals always took care of the poor, nobody was turned away. But it was the middle-class who either did not go to the hospital—they were people working in labouring jobs and middle-income jobs—or when they went, they tried to pay and drove themselves into debt. Would you please comment on the imposition of means tests, and would that really solve the problem?

• 1210

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Allmand.

Dr. Coffey: Thank you. Mr. Chairman, first of all, I think the term "means test" is archaic, it is an old Marxist name, it is class strife. We are trying to bring up class strife. Nobody talks about means tests any longer. Every experience of life is a means test—do I buy it, do I not buy it; do I buy it or not? That aside, we maintain that everyone should have a responsibility for some of his or her health care needs, that governments should support—not control, but support—these needs.

There are many people in society who, in various stations of life and circumstances, need more support, and that is not a means test. Have you ever seen a senior citizen when he gets his senior citizen's card? He is so proud of that card, which in effect is a means card, and he presents that proudly to the bus driver, to the bank, so he does not have to pay interest charges. This is a very well accepted exemption from some of the heavy load of billing for services such as health care, transportation, etc.

What we are saying is that we should extend that philosophy into the health care system, without any stigma attached, to allow those who are lucky, like ourselves, and who can afford to buy private health insurance, to pay a premium to support a bit of that system. We will take it the other end, when we are 65 or 70, but while we are able and willing, I think Canadians want to do that in order to maintain the service, and I do not think they want any government control to come along and say: Because everyone cannot have it, you cannot have it. As

[Traduction]

Et à la dernière page vous dites:

Dans ce système on pourrait exempter les assistés sociaux, les personnes âgées et les personnes n'ayant pas un revenu suffisant.

Cela laisse entendre qu'il y aurait une évaluation du revenu. Est-ce bien cela? Comment pourrait-on déterminer si une personne peut payer des frais modérateurs sans une évaluation du revenu? Avant votre réponse, je vous renvoie au rapport de la commission Hall et je vous signale que lors de sa comparution ici la semaine dernière, M. le juge Emmett Hall s'est prononcé contre une telle mesure.

Si je me souviens bien, le premier rapport de la Commission Hall faisait remarquer que ceux qui avaient les plus grandes difficultés avant l'avènement de l'assurance-maladie, ceux qui perdaient souvent leur maison ou devaient les hypothéquer, étaient les gens de la classe moyenne. Les médecins et les hôpitaux s'occupaient toujours des pauvres, on ne renvoyait personne. Mais c'était les gens de la classe moyenne, je veux dire les travailleurs manuels et les personnes à revenu moyen, qui n'allaient pas à l'hôpital et qui, quand ils y allaient, essayaient de payer les factures et s'endettaient beaucoup. Que pensez-vous du recours à la justification des ressources? Selon vous, un tel recours permettrait-il de résoudre le problème?

Le vice-président: Ce sera votre dernière question, monsieur Allmand.

Dr Coffey: Oui, monsieur le président. D'abord, je pense que l'expression «justification des ressources» est ancienne. C'est une vieille expression marxiste. Personne n'utilise cette expression de nos jours. Il y a des tas d'actes dans la vie qui demandent une justification des ressources. Est-ce qu'on doit acheter telle ou telle chose? Cela dit, nous sommes d'avis que chacun doit assumer une part de responsabilité vis-à-vis de ses soins médicaux. Les gouvernements, quant à eux, doivent aider à répondre à ces besoins, non pas essayer de les contrôler.

Il y a différentes catégories de gens dans la société, il y a différentes circonstances qui font que les gouvernements doivent intervenir davantage, mais non pas sur un principe de justification des moyens. Je ne sais pas si vous avez jamais vu une personne âgée qui reçoit sa carte de personne âgée. Elle en est toute fière, malgré le fait que c'est une carte qui justifie ses besoins. Elle la présente fièrement au conducteur d'autobus, à la banque, pour éviter les frais d'intérêt. C'est une exemption qui est considérée comme parfaitement normale relativement aux coûts d'un grand nombre de services comme les soins de santé, le transport et le reste.

Nous souhaiterions que le même principe s'applique au régime de soins de santé, sans qu'il soit une marque quelconque, de façon à ce que ceux, comme nous, qui ont les moyens de se payer une assurance médicale privée paient un surplus pour aider à défrayer les coûts du régime. Nous en profiterons lorsque nous aurons nous-mêmes 65 ou 70 ans, mais tant et aussi longtemps que nous en serons capables, nous voudrions en tant que Canadiens aider à maintenir les services. Nous ne voulons pas de contrôle gouvernemental qui nous empêche de

[Text]

individuals, I believe we should be able to have the basic necessities of health care. Those who are able to subsidize it should be allowed to do so.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Coffey. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I did not intend to comment, but I feel provoked. On the question of a means test, I can hardly imagine someone coming into a hospital waving a card that says "I am poor" with the same enthusiasm as somebody who gets on a bus with a senior citizen's card. Come on! What is the difference between being poor and being 65? Thanks to the pension policies of this government, sometimes there is not much difference. Let us have some kind of intellectual integrity, then. The analogy is so full of holes as to be laughable.

With respect to losing positions to B.C., there is no extra-billing in B. C. either—so maybe you could tell me why they go from Quebec to B.C. because there is no extra-billing allowed in Quebec.

Thirdly, Mr. Chairman—I think this is more with respect to Dr. Halliday's comments than to those of the witnesses—we are not only in danger, in Canada, of having a two-tier system with respect to health care, we presently have a two-tier approach to the question of the proposed Canada Health Act by the Progressive Conservative Party. We have one tier for mass political consumption, which is that they support the principles of the national consensus against extra-billing and user fees and have another tier in committee, where members like Dr. Halliday continually indicate to anyone who has ears to hear and eyes to see that they are against the principles of this Bill and they believe it will be damaging to the Canada health care system. If they actually believe that, I invite them to come clean with the Canadian people and renounce their support for the Bill, instead of talking out of both sides of their mouths.

The Vice-Chairman: Dr. Coffey, are you getting into the fray on this one, or do you wish to pass?

Dr Fournier: Je voudrais dire quelques mots sur les médecins qui quittent le Québec. On a dit qu'ils allaient en Colombie-Britannique. C'est un exemple. Ils peuvent également aller à Terre-Neuve, où ils sont très bien traités. L'an dernier, 500 médecins ont quitté le Québec, alors qu'il en sort de 500 à 600 par année des écoles de médecine. A ce rythme-là, on aura très bientôt de graves problèmes. Il faut aussi tenir compte du coût de la formation. Si ces médecins quittent, c'est qu'ils ne sont pas capables de fonctionner convenablement dans le système québécois actuel, que ce soit pour des questions de rémunération, de conditions de travail ou de charge de travail.

The Vice-Chairman: Thank you very, very much for your time. We appreciate having you with us today.

Mr. Allmand: Just a point to be clarified . . .

The Vice-Chairman: I am sorry, Mr. Allmand.

[Translation]

faire quelque chose simplement parce que tout le monde ne peut pas le faire. Nous devrions tous avoir droit aux soins de santé. Ceux d'entre nous qui peuvent payer devraient pouvoir le faire s'ils le désirent.

Le vice-président: Merci, docteur Coffey. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne voulais pas intervenir, mais je suis forcé. En ce qui concerne la justification des ressources, je ne vois pas un démuné arriver à un hôpital avec une carte disant «je suis démuné» en faisant preuve du même enthousiasme qu'une personne âgée qui a sa carte de personne âgée. Remarquez-bien que la différence entre être démuné et avoir 65 ans est parfois difficile à faire. Avec les politiques du gouvernement sur les pensions, la différence est parfois ténue. Mais pour l'amour du ciel faisons preuve d'intégrité intellectuelle. L'analogie ne tient pas du tout. Ce n'est pas la même chose.

En ce qui concerne le personnel perdu au profit de la Colombie-Britannique, je signale qu'il n'y a pas de surfacturation en Colombie-Britannique non plus. Donc, je voudrais bien savoir pourquoi le personnel irait du Québec en Colombie-Britannique parce qu'il n'y a pas de surfacturation au Québec.

Troisièmement, et cela reflète davantage ce que disait M. Halliday plus tôt, non seulement nous sommes menacés d'avoir un régime à deux échelons au Canada pour les soins de santé, mais nous avons déjà une approche à deux échelons de la part du parti progressiste-conservateur face à la Loi canadienne sur la santé proposée. Il y a un échelon qui s'adresse à la consommation politique de masse, et qui veut que le parti conservateur soit d'accord avec le consensus national voulant l'élimination de la surfacturation et des frais modérateurs, et un autre échelon au Comité, avec des députés comme M. Halliday, qui disent à qui veut bien l'entendre qu'ils sont contre les principes de ce projet de loi et que le projet de loi risque de faire du tort au régime de soins de santé au Canada. Si c'est bien ce qu'il croit, je les invite à être francs avec les Canadiens et à désavouer leur appui au projet de loi plutôt que de faire semblant d'être d'accord avec tout le monde.

Le vice-président: Vous voulez vous joindre à la mêlée, docteur Coffey, ou vous préférez éviter de vous en mêler?

Dr. Fournier: I would just like to say something about the exodus of doctors from Quebec. It was said that they were going to British Columbia. That was only an example. They could have just as well gone to Nova Scotia, where they are very well treated. The fact remains that 500 doctors left Quebec last year, and only 500 to 600 came out of the medical schools. If that tendency continues, we are surely going to have very serious problems. Then there is the cost of their training. If the doctors leave the province, it is because they are incapable of functioning efficiently within the present Quebec structure, be it for reasons of pay, of working conditions or caseload.

Le vice-président: Merci beaucoup. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir bien voulu être des nôtres aujourd'hui.

M. Allmand: Je voudrais simplement une précision . . .

Le vice-président: Je regrette, monsieur Allmand.

[Texte]

• 1215

Mr. Allmand: It is a very important point to clarify; they can do it in two seconds. Is that 500 a net loss of doctors or a loss of doctors? Were there ones immigrating into Quebec while you lost the 500? I would like to know.

Dr. Fournier: We did not count the ones who came in because not many are coming in now.

Mr. Allmand: So 500 of those who are leaving, but you have no count of those who might . . . ? Okay. It is not a net loss.

The Vice-Chairman: Thank you very much.

Mr. Blaikie: According to those figures, there would be nobody left in five years.

The Vice-Chairman: The western provinces, please. Dr. McPherson.

The Chairman: Order, please.

We are now pleased to have before us representatives from the four provincial medical associations from the four western provinces.

Dr. McPherson, perhaps you could introduce the others at the table.

Dr. D. McPherson (President, British Columbia Medical Association): I will introduce the members of this delegation, Mr. Chairman, but can I ask a question on time? It is 12.15 p.m. How much time are you prepared to allow this group?

The Chairman: I am in the hands of the committee, but I would think we would go to at least 1.00 p.m. and maybe a bit after that.

Dr. McPherson: Approximately one hour.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I would think we could go longer than that. Some might have to go for lunch. When I look at the arrangement, it was an hour and a quarter; I think we should at least shoot for an hour and see where we are then.

The Chairman: As I say, I am in the hands of the committee and . . .

Mr. Blaikie: They might be able to solve everything.

The Chairman: I did not hear what Mr. Blaikie said, but the delegates have waited a long time this morning through the other groups and I certainly am prepared to stay as long as reasonably feasible.

So, Doctor, would you like to introduce your other people, please.

Dr. McPherson: I will introduce the group before you. You are looking at the physicians and representatives of the western four provinces. I am Duncan McPherson from Vancouver, President of the British Columbia Medical Association. Accompanying me is Dr. Norman Rigby, our Executive

[Traduction]

M. Allmand: C'est très important. Je ne prendrai que deux secondes. Vous avez voulu dire qu'il y avait eu perte nette de 500 médecins? Il n'y en a pas qui ont immigré au Québec au moment où ces 500 quittaient?

M. Fournier: Nous n'avons pas tenu compte de ceux qui ont immigré au Québec parce qu'ils n'étaient pas suffisamment nombreux.

M. Allmand: Il y en a donc eu 500 qui ont quitté, mais vous n'avez pas compté ceux qui sont venus . . . très bien. Je comprends que ce n'est pas une perte nette.

Le vice-président: Merci beaucoup.

M. Blaikie: S'il faut se fier à ces chiffres, il ne restera plus personne dans cinq ans.

Le vice-président: C'est aux provinces de l'Ouest, maintenant. Docteur McPherson.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Nous sommes maintenant heureux d'accueillir les représentants des quatre associations médicales des provinces de l'Ouest.

Docteur McPherson, vous voudriez peut-être nous présenter vos collègues.

Dr D. McPherson (président, Association médicale de la Colombie-Britannique): Je vais le faire à l'instant, monsieur le président, mais auparavant je voudrais savoir ce qu'il en est pour ce qui est de la durée de notre présentation. Il est maintenant 12h15. Ce groupe pourra avoir combien de temps à sa disposition?

Le président: Je suis à la disposition du Comité, mais je suppose que nous pouvons aller jusqu'à 13h00 et même au-delà.

M. McPherson: Nous avons donc une heure environ.

M. Epp: J'espère que nous pourrions aller bien au-delà, monsieur le président. Rien n'empêche certaines personnes de prendre le lunch. Je pensais qu'il avait été prévu une heure et quart au départ. Je pense que nous devrions siéger pendant encore au moins une heure.

Le président: Je suis à la disposition du Comité, comme je l'ai dit . . .

M. Blaikie: Qui sait, il se peut qu'ils réussissent à régler tous les problèmes.

Le président: Je n'ai pas entendu la dernière intervention de M. Blaikie, mais je sais que les délégués attendent depuis un bon bout de temps ce matin. En ce qui me concerne, je suis prêt à rester aussi longtemps que ce sera raisonnable.

Allez-y, docteur, présentez-nous vos collègues s'il vous plaît.

M. McPherson: Voici donc quels sont les membres du groupe. Ils représentent les quatre provinces de l'Ouest. Je suis Duncan McPherson de Vancouver, et j'assume la présidence de l'Association médicale de la Colombie-Britannique. M'accompagnent le docteur Norman Rigby, notre directeur

[Text]

Director. From the Alberta Medical Association is Dr. Neil Gray, President; from the Saskatchewan Medical Association, Dr. Ernie Baergen, Executive Director, and Dr. Gordon Duke, President; from the Manitoba Medical Association, Dr. Neil Heywood, President, and Dr. Fewer, President-Elect, and Mr. Laplume, Executive Director.

Each province will make a short presentation on its view of the Canada Health Act, after which we will invite questions. I would make one comment, however. Many of us sat here yesterday and all morning, and I think we have perhaps developed a fairly accurate idea of the viewpoints of certain people on the committee. I hope that you will be able to take the time to ask us questions about our viewpoints.

Mr. McCauley: On a point of order, Mr. Chairman, I do not get the drift of that.

Could you explain?

Dr. McPherson: If you like, I will explain; but we have a very short time to present the concerns about medical care of people who live in the western half of this country, and it seems important that you should take the available time to question us, the people who are on the front lines who provide the care, because there is a lot of dialogue that seems irrelevant to the issue.

The Chairman: Doctor, I may just say as the chairman that each member has a choice when he gets his time allocation to make statements or question as long as it is relevant to the general Bill, and that is up to the members to decide themselves. However, I think you will agree that most of the time is spent in developing questions for the witnesses as they go along. But that is up to each member as they proceed; every member has his own style of doing things.

• 1220

Dr. McPherson: Thank you. You have a presentation from each group, including one from British Columbia, which I hope you will read. British Columbia represents one-tenth of this country's population, one-tenth of its physicians, one-tenth of its health care system, and to get some relevance into what we are talking about, in British Columbia there are 32 million individual items of service provided by medicine, hospitals and so forth to the population each year; half of those are provided by physicians as direct services.

The problem is the number is growing at a rate of about 3% per year at a minimum over the last 10 years; ten years from now you will have 34% more. The questions are: Who is going to pay for it? How are priorities to be set? How are we going to handle this? There is almost no research on this question of utilization in any province in Canada. The reason is that they are not capable of it because the computer systems and the data systems are not up to date. We have begun in our province, so has Alberta and so have some others. We are looking at these issues; we are developing knowledge that the federal government clearly does not have, and which it is going to require if it is going to make any judgments about the health care system.

[Translation]

exécutif. De l'Association médicale de l'Alberta, le docteur Neil Gray, président; de l'Association médicale de la Saskatchewan, le docteur Ernie Baergen, directeur exécutif, et le docteur Gordon Duke, président; de l'Association médicale du Manitoba, le docteur Neil Heywood, président, et le docteur Fewer, président élu, ainsi que M. Laplume, directeur exécutif.

Chaque province exposera brièvement ses vues sur la Loi canadienne sur la santé, après quoi, la délégation répondra aux questions. Je voudrais faire une observation au tout début. Bon nombre d'entre nous ont assisté aux réunions hier et ce matin, et ont maintenant une bonne idée de la position des divers membres du Comité. J'espère que les questions nous aideront à exposer nos vues à nous.

M. McCauley: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Je ne comprends pas très bien l'allusion.

Le témoin peut-il s'expliquer davantage?

M. McPherson: Certainement. Nous n'avons que très peu de temps pour présenter les vues des spécialistes de la santé de la moitié occidentale du pays, et nous pensons que vous voulez utiliser ce temps pour nous interroger, nous, qui sommes sur le terrain. Il nous semble qu'il y a beaucoup de discussions qui s'écartent du sujet réel.

Le président: En tant que président de ce Comité, docteur, je dois vous dire que chaque député peut utiliser son temps comme il le désire, en posant des questions ou en faisant des déclarations, à condition qu'elles se rapportent au projet de loi de façon générale. C'est aux députés eux-mêmes de décider de l'usage qu'ils veulent faire de leur temps. Il reste que la plupart du temps, je pense que vous en conviendrez, est utilisé à interroger les témoins. Il faut dire que chaque député a son propre style.

Dr McPherson: Merci. Chaque groupe a préparé un exposé distinct. J'espère pouvoir vous lire celui de la Colombie-Britannique. La Colombie-Britannique représente un dixième de la population du pays, un dixième de son corps médical, un dixième de son réseau global de soins de santé. Pour bien situer le débat, disons qu'en Colombie-Britannique, 32 millions d'actes individuels de santé sont exécutés tous les ans par des médecins, les hôpitaux et autres. Et la moitié de ces actes sont exécutés par les médecins sous forme de services directs.

Le problème est que le nombre de ces actes augmente à un rythme de 3 p. 100 par année depuis 10 ans. Dans 10 ans, il y en aura 34 p. 100 de plus. La question se pose: qui devra payer pour ces services? Comment sont établies les priorités? Comment pourront nous arriver à contrôler la situation? Il n'y a presque pas de recherche sur cette question de l'utilisation des soins de santé dans chacune des provinces du Canada. La raison en est que les systèmes informatisés ne sont tout simplement pas capables de fournir cette information. Nous avons commencé un peu à nous pencher sur ce problème dans notre province. Et l'Alberta et d'autres provinces font de même. Nous suivons la situation de près et nous recueillons de l'information dont ne dispose pas le gouvernement fédéral.

[Texte]

There was a book that came out, and I have to say that this book—sent out widely across Canada called *Preserving Universal Medicare*—is an affront to every physician in Canada. The implications that in the past, prior to medical care insurance, physicians would do such things as “charge what the market would bear” is an affront to our predecessors and to us, those of us who have been in the system long enough. I think anybody who reads it carefully recognizes that. Aside from that, its title is inappropriate. To preserve something you put it in a jar, put formaldehyde on it and keep it on a shelf. What our medicare system needs is not preservation; it needs innovation, research, modification to suit the times and changing methods of treatment. I do not see any of that in Bill C-3, which I have felt would be better titled as the Canada Health Funding Control Act.

In British Columbia there is no extra-billing; there are user charges for hospitals and other services, and we pay premiums to our medical plan.

Some of you may have heard that yesterday our government announced a surtax on the provincial income tax to help pay for the loss of funding that will come into effect when the health care act is passed; they are just being realistic. Increasingly in this country there is co-operation between medical professions, associations and their governments on a provincial basis. We are not afraid to talk to each other. In the past year, if you had been an observer, you would know we have had a lot of discussions over something called Bill 24. As a result of a mutual education process, that bill has been withdrawn—or has gone away for the moment—hopefully for something better. At a time when we are trying and working co-operatively with our governments on a provincial level to make this system work, in the face of this steadily increasing utilization, we do not need interference or a third level telling us what to do; we need a third level that is going to help us co-operate, discuss the problems and help us solve them.

Utilization increases everywhere in the world in civilized countries. In Sweden, it is 2% in a system that is closed. The only answer is a queueing-system, which they have. I am familiar with their system; I have watched it deteriorate over the last 20 years. I do not want that to happen in Canada.

I think we should look at the vital issues such as the need for consultation, co-operation and research before we make any moves we are going to regret.

The Vice-Chairman: Dr. Gray.

Dr. N. Gray (President, Alberta Medical Association): Thank you. You have before you—and I apologize for the fact that you just received it—but due to the time constraints involved from the time we were told about the presentation, I could not forward it.

[Traduction]

malgré le fait qu'il en ait grandement besoin pour prendre les décisions qui s'imposent en matière de soins de santé.

Il y a une brochure qui est récente et qui circule actuellement largement au Canada sous le titre *Pour une assurance-santé universelle*. C'est un affront à chacun des médecins du Canada. L'affirmation selon laquelle les médecins, avant les soins de santé, exigeaient les honoraires les plus élevés possibles est un affront à ceux qui nous ont précédés et à nous qui pratiquons depuis un bon bout de temps. Tout lecteur avisé est en mesure de s'en rendre compte. Par ailleurs, le titre de cette brochure est tout à fait trompeur. On parle de conserver quelque chose comme s'il fallait le mettre dans un pot rempli de formol. Notre régime de soins de santé n'a pas besoin de conservation, mais d'innovation, de recherche, de changement, de façon à suivre son époque de même que l'évolution des techniques médicales. Or, il n'y a rien de tout cela dans le projet de loi C-3, dont le titre plus approprié pourrait être: Loi sur le contrôle du financement de la santé au Canada.

Il n'y a pas de surfacturation en Colombie-Britannique. Il y a cependant des frais modérateurs pour les hôpitaux et d'autres services, et les gens sont appelés à cotiser au régime médical.

Certains d'entre vous ont dû apprendre hier que notre gouvernement annonce un impôt supplémentaire sur l'impôt provincial sur le revenu de façon à compenser la perte de fonds qui découlera de la nouvelle loi sur la santé. Il ne fait que se montrer réaliste. De plus en plus au pays, il y a coopération entre les corps médicaux, leurs associations et les gouvernements provinciaux. Nous n'hésitons pas à nous parler. Vous avez suivi de près les événements de la dernière année, vous savez qu'il a beaucoup été question d'un projet de loi dit projet de loi 24. Suite au dialogue auquel il a donné lieu, il a finalement été retiré, ne serait-ce que temporairement. Il est à espérer qu'il sera remplacé par quelque chose de mieux. Au moment où nous réussissons nos ententes avec nos gouvernements provinciaux sur le fonctionnement du régime, face à ce grave problème d'une utilisation toujours accrue des soins de santé, nous n'avons pas besoin de l'ingérence d'une tierce partie qui nous dicte notre conduite. Si une tierce partie doit intervenir, ce doit être pour nous aider à coopérer entre nous, à discuter de nos problèmes et à les résoudre.

L'utilisation des soins de santé s'accroît un peu partout dans le monde civilisé. En Suède, c'est 2 p. 100 à l'intérieur d'un réseau fermé. La seule solution est un système d'attente, et c'est ce qui se passe. Je connais très bien ce système. Je l'ai vu se détériorer au cours des 20 dernières années. Je voudrais éviter que la même chose se produise au Canada.

Au Canada, nous devrions nous tourner vers des choses comme la consultation, la coopération et la recherche avant de prendre des mesures que nous pourrions regretter plus tard.

Le vice-président: Docteur Gray.

Dr N. Gray (président, Association médicale d'Alberta): Merci. Je regrette que vous n'ayez eu l'exemplaire de notre exposé que maintenant. C'est dû au fait que nous n'avons eu qu'un très court préavis avant de nous présenter ici.

[Text]

• 1225

I do not intend to go through the entire report at this time. I am going to refer to the first two pages, and out of that about half a page, and then get to the summary.

The association believes that the new Canada Health Act as proposed does very little to meet the real problems of health care and health care delivery in Canada. Therefore, from this point on we shall refer to it as Bill C-3, and not the Canada Health Act. The Bill really has little to do with health. It relates primarily to the transfer of moneys from the Government of Canada to the provinces, and conditions attached thereto.

The Alberta Medical Association, like all other provincial medical associations, supports the basic principles of health care insurance, such as comprehensiveness, universality, portability, and reasonable access. These are restated in the Bill. It also endorses the principles of reasonable compensation for the practitioners and the institutions in which the services are performed. We are pleased to see that the Bill addresses the issue of portability. This has been a significant problem up until this time.

The association fully supports the Government of Alberta in its contention that Bill C-3 is an unwarranted invasion into provincial jurisdiction. We deplore the approach of the Government of Canada, which uses financial extortion to impose its philosophies on the provinces and to gain further control of the operation of the health care system. We do not believe that the Bill in any way whatsoever addresses the shortcomings of the present system—namely, underfunding.

The Government of Canada contends that the funding of health care in some of the provinces provides barriers to reasonable access. To this day—at least this morning, certainly—I have not heard any evidence other than anecdotal that there have been problems with access to the system.

I would refer the committee to two studies done by the Rand Corporation, reprinted in *The New England Journal of Medicine*. Unfortunately, I do not have copies for everybody; but I do have them here, and I could get reproductions. I think really what they point out in their studies is that from 0% involvement by the patient to 5%, to 25%, 50%, and 75% involvement in health care, with maximums of \$150 per individual or \$450 per family of direct patient involvement, there was no significant effect on the health care of those people. They did make a stipulation; that was that there was a small but significant effect on the financially disadvantaged.

In Canada we do not have that problem. We have financially disadvantaged, and they already receive health care on subsidy. I would assume that would continue. We are in support of that.

[Translation]

Je ne vais pas vous lire tout le rapport à ce moment-ci. Je vais simplement parcourir les deux premières pages, cette demi-page, avant de sauter au résumé.

L'Association est d'avis que la nouvelle Loi canadienne sur la santé, telle que proposée, contribue très peu à résoudre les problèmes réels inhérents aux soins de santé et à la prestation des services de santé au Canada. Donc, nous préférons en parler comme du projet de loi C-3 plutôt que de la Loi canadienne sur la santé. Le projet de loi a très peu à voir avec la santé. Il porte surtout sur les transferts de fonds entre le gouvernement du Canada et les provinces, à certaines conditions qu'il énumère.

L'Association médicale de l'Alberta, comme toutes les autres associations médicales provinciales, appuie les principes de base du régime d'assurance-santé, relativement à sa portée complète, à son universalité d'application, à sa transférabilité et à son accessibilité à un degré raisonnable. Ces principes sont repris dans le projet de loi. Elle appuie également la notion d'une rémunération raisonnable pour les praticiens et les institutions, où les services médicaux sont donnés. En ce qui concerne la transférabilité, nous sommes heureux que le projet de loi en parle. C'est quelque chose qui a donné lieu à beaucoup de difficultés jusqu'à présent.

L'Association appuie entièrement le gouvernement de l'Alberta dans son assertion selon laquelle le projet de loi C-3 constitue une ingérence inacceptable dans un champ de compétence provinciale. Nous déplorons l'approche du gouvernement canadien dans sa tentative d'utiliser des leviers économiques pour imposer ses idées aux provinces et pour s'immiscer encore davantage dans le fonctionnement du réseau de soins de santé. Selon nous, le projet de loi ne contribue absolument pas à résoudre les difficultés inhérentes au réseau, difficultés surtout liées au financement.

Le gouvernement canadien estime que le financement du réseau de santé dans certaines provinces se fait de telle sorte qu'il constitue une barrière à l'accessibilité raisonnable aux soins. À ce jour, jusqu'à ce matin, en tout cas, je n'ai encore vu aucune preuve que l'accessibilité au réseau soit vraiment un problème, sauf pour quelques cas isolés.

Je renvoie le Comité à deux études effectuées par la *Rand Corporation*, produites dans *The New England Journal of Medicine*. Malheureusement, je n'en ai pas de copies ici, mais je puis en faire préparer. Ce que ces études démontrent, c'est qu'à des taux de participation pour les patients allant de 0 p. 100 à 5, 25, 50 et 75 p. 100, avec des maximums de 150 dollars par individu ou de 450 dollars par famille, relativement aux soins de santé qu'ils reçoivent directement, les effets sur ces soins de santé ne sont pas du tout importants. Elles apportent une réserve, cependant, relativement au fait que les conséquences, même si elles sont minimes, sont importantes pour les financièrement désavantagés.

Au Canada, nous n'avons pas ce problème. Des soins de santé sont déjà assurés pour les financièrement désavantagés. Nous supposons qu'il continuera d'en être ainsi, quel que soit le système. Nous sommes d'accord sur cette approche.

[Texte]

The association deplores the approach taken by the Minister of Health and Welfare in the development of the proposed legislation. There was little if any meaningful consultation with the provincial governments, and none with the provincial organizations. We believe the public sees the profession, the provincial government, and the federal government as three key players in the operation of the health care delivery system. But the Government of Canada intends to play the game according to its rules only.

It is somewhat ironic that Madam Bégin has used elements of the public opinion survey that was conducted on her behalf to support her actions, but ignored all other elements that bear directly on the issue. According to the Minister's survey, a large majority of the public do not want the provinces to suffer financial penalties in whatever approaches the Government of Canada takes to resolve its perceived concerns about our health care insurance system.

In summary, the Alberta Medical Association strongly recommends that Bill C-3 be deferred or withdrawn, and that the Government of Canada initiate an effective dialogue between the three key players so that the problems in the present system can be identified and rectified.

The association believes that the basic problem with our present health care insurance system is that the financial structure that supports it is inappropriate. Unless the structure is changed, costs will escalate, state control will increase, access to services will diminish, there will be less access to services, and the quality of health care will deteriorate.

High-quality health care cannot be legislated. It can only be delivered by physicians in a system that thinks of the patient and not the levels of government. There is strong evidence now that supports a long-held contention of the profession that effective patient participation reduces costs but does not materially affect health, provided that high-risk groups such as the aged and disabled are adequately protected.

• 1230

There is no good evidence that patient participation limits access, deters those seeking necessary care, or establishes a two-tier system.

The Alberta Medical Association believes that a carefully structured system for funding the health care system that incorporates selective, effective patient participation, would be affordable, sustain a high quality of care and come as close as reasonably possible to assuring the universal access that is being so earnestly sought.

Basically, Hon. Members, it is as inappropriate to be discussing the cure for the malaise of health care as it is for the

[Traduction]

L'Association, cependant, n'appuie pas l'attitude du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social dans la préparation de cette mesure législative. Il y a eu très peu de consultations réelles avec les gouvernements provinciaux, et pas du tout avec les organismes provinciaux. Aux yeux du public, les trois intervenants clés dans le fonctionnement du réseau de soins de santé au Canada doivent sûrement être la profession, les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Or, le gouvernement du Canada a l'intention d'imposer ses propres règles du jeu.

Il est curieux de voir que M^{me} Bégin a utilisé certains éléments seulement du sondage d'opinion publique qu'elle a fait mener pour justifier ses actions, alors qu'elle en a ignoré d'autres, qui pourtant avaient une incidence directe sur le débat. D'après le sondage du ministre, la grande majorité du public canadien ne veut pas voir les provinces souffrir financièrement à la suite de la démarche du gouvernement du Canada, quelle qu'elle soit, en vue de résoudre ce qu'ils considèrent comme des problèmes inhérents au réseau de soins de santé.

En résumé, l'Association médicale de l'Alberta recommande fermement que le projet de loi C-3 soit reporté ou tout simplement retiré, et que le gouvernement canadien engage un dialogue tripartite réel en vue d'identifier et de corriger les problèmes inhérents au réseau.

L'Association est d'avis que le problème fondamental du régime actuel d'assurance-santé au Canada tient à sa structure financière insuffisante. Si des modifications ne sont pas apportées à cette structure, les coûts vont continuer de s'accroître, le contrôle de l'État va s'appesantir, l'accès aux services va être plus difficile, et la qualité des soins de santé va se détériorer.

On ne peut pas imposer des soins de santé de haute qualité au moyen d'une loi. Ces soins de santé ne peuvent être donnés que par des médecins à l'intérieur d'un réseau conçu en fonction des patients et non pas des divers paliers de gouvernement. Il y a de plus en plus de preuves à l'appui de l'opinion qu'ont depuis longtemps les membres de la profession à l'effet que la participation réelle des patients réduit les coûts sans vraiment nuire à la qualité des soins de santé, à la condition que les groupes à risques comme les personnes âgées et handicapées soient protégés de façon adéquate.

Par ailleurs, il n'y a rien qui prouve que la participation des patients limite leur accessibilité aux soins, les empêche de recevoir les soins nécessaires et instaure un réseau de soins à deux échelons.

L'Association médicale de l'Alberta est d'avis qu'un financement bien structuré du réseau de soins de santé qui ferait appel à une participation sélective mais réelle de la part des patients resterait à la portée de tout le monde, se prêterait à une prestation de services de haute qualité et serait conforme, dans la mesure où c'est raisonnablement possible, aux principes de l'universalité tant recherchés.

En un mot, messieurs, il est autant hors de propos de discuter maintenant du remède à apporter au malaise du

[Text]

physician to be treating a condition in which he has neither taken a proper history nor done a thorough examination and to prescribe a treatment without having first determined the malady.

If I could sum up, how can one, in good conscience, effect a health care Act without having done one's basic homework? I think it is wrong to slip a system through, a Bill through, without addressing all the issues, saying: Well, we will tidy it up later. The patient may be dead by the time you get there.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Gray. I guess we will go now to Dr. Duke, from Saskatchewan.

Dr. G. A. Duke (President, Saskatchewan Medical Association): Thank you, Mr. Chairman.

The Saskatchewan Medical Association membership does endorse the concept of health services insurance and is not opposed to prepaid medical care insurance. We have had concerns in the past related to the policies and the strategies instituted to meet the objective of prepayment. After all, it is physicians who make medicare work in Canada.

Prepaid medicare was introduced in 1962 in Saskatchewan and our Saskatchewan model has been used as medicare has been introduced into other provinces. Unfortunately, medicare was born in Saskatchewan in an atmosphere of confrontation, suspicion and distrust. The Medical Care Insurance Act at that time did cause great concern to the profession of medicine, because the government's commission could control professional judgment, it could direct treatment that unilaterally determined the payments for the physicians' services.

Under the proposed initial Act, Sections 49(1) and 28(a) still ring clearly in the ears of physicians who practised in Saskatchewan in the 1950s and early 1960s. Withdrawal of services regrettably was required by the physicians in Saskatchewan on July 1, 1962. Only after the doctors' strike was resolved by mediation by a British socialist parliamentarian, Lord Taylor, was the Saskatoon Agreement signed. Representatives of the profession, representatives of the Saskatchewan public and government signed that agreement. Our Premier at the time was the late Woodrow Lloyd. Our ex-Premier, Alan Blakeney, was Health Minister at the time and was a witness to the Saskatoon Agreement.

As a result of the Saskatoon Agreement, the amendments to the Saskatchewan Medical Care Insurance Act enshrined physicians' rights and physicians' responsibilities.

You have a copy of the Saskatoon Agreement. In the Saskatoon Agreement, both sides agreed that universal prepaid medical care insurance was to be introduced in Saskatchewan.

[Translation]

réseau de soins de santé qu'il le serait pour un médecin de commenter un traitement sans avoir suffisamment procédé à un examen adéquat, sans avoir identifié la maladie.

Comment peut-on prétendre mettre en vigueur une nouvelle loi sur la santé sans avoir fait la recherche préalable? Il est mal avisé de demander l'adoption rapide d'un projet de loi sans avoir au préalable exploré la situation. Même si on se dit qu'on pourra corriger les erreurs par la suite, il se peut que le patient en meurt entre-temps.

Merci.

Le président: Merci, docteur Gray. Je passe maintenant au Dr. Duke de la Saskatchewan.

M. G.A. Duke (président, Association médicale de la Saskatchewan): Merci, monsieur le président.

Les membres de l'Association médicale de la Saskatchewan appuient évidemment l'idée de l'assurance-santé, ils ne sont pas opposés à un régime d'assurance-santé payé par anticipation. Nous avons par le passé fait état de certaines préoccupations relativement à diverses politiques et stratégies utilisées pour atteindre l'objectif du paiement par anticipation. Après tout, c'est grâce à nous, médecins, que le régime de soins de santé fonctionne au Canada.

Un régime d'assurance-santé payé par anticipation a été introduit en 1962 en Saskatchewan, et c'est notre modèle de la Saskatchewan qui a été utilisé pour instaurer des régimes d'assurance-santé dans les autres provinces. Malheureusement, l'assurance-santé en Saskatchewan est née dans une atmosphère de confrontation, de suspicion et de méfiance. La Loi sur l'assurance-santé de l'époque a suscité de graves réserves chez les membres de la profession médicale, du fait que la commission gouvernementale qui était prévue se donnait un pouvoir de contrôle sur les décisions professionnelles, pouvait déterminer directement le traitement pour lequel médecins pouvaient être dédommagés.

Les articles 49(1) et 28(a) de la première loi proposée signifient toujours quelque chose pour les médecins qui exerçaient en Saskatchewan au cours des années 1950 et au début des années 1960. Malheureusement, les médecins ont dû interrompre leurs services le 1^{er} juillet 1962 en Saskatchewan. Ce n'est qu'après la fin de la grève des médecins grâce à la médiation d'un parlementaire socialiste britannique, Lord Taylor, que l'Accord de Saskatoon a pu être signé. Les signataires en étaient les membres de la profession, les représentants du public de la Saskatchewan et le gouvernement. Le premier ministre de l'époque était feu Woodrow Lloyd. Un autre ancien premier ministre, Alan Blakeney, était ministre de la Santé à l'époque. Il a assisté en témoin à la conclusion de l'accord de Saskatoon.

Cet accord de Saskatoon entérinait grâce à des modifications à la Loi sur l'assurance-santé de la Saskatchewan, les droits et les responsabilités des médecins en matière de santé.

Vous en avez reçu un exemplaire. L'accord de Saskatoon engageait les deux parties vis-à-vis d'un régime d'assurance-santé universel payé par anticipation. Les patients avaient le

[Texte]

Patients had the freedom to choose the physician of their choice. Physicians had the freedom to opt out of the program. The Medical Care Insurance Commission recognized its responsibility . . . we just want to pay the bills. A negotiation mechanism for physicians' payments was established and in the Medical Care Insurance Act different modes of payment were definitely clarified and have continued to this day.

In our Saskatchewan model, there is no necessary agreement on the payment schedule but there is consultation between the Medical Care Insurance Commission and the Saskatchewan Medical Association on the annual payment rate changes. No government, no matter the political stripe, since 1962 has dared to modify the benefits of Saskatchewan medicare as enshrined by legislation. But the Canada Health Act threatens to alter our Saskatchewan legislation. Cost-sharing penalties may pressure our provincial government into unilaterally amending the Medical Care Insurance Act. If the option of direct patient billing is removed, Saskatchewan physicians will be left with no mechanism of dealing with inadequate payment rates.

• 1235

In our brief, Table 1 indicates the frequency of Mode III billing, direct patient billing. Spurts have occurred when the payment schedule rates have lagged behind reasonable levels. No erosion of medicare has resulted from physicians judiciously using their professional right to direct bill patients in Saskatchewan. In fact, the Mode III option has protected accessibility to medical care by obviating the need for physicians to strike.

The Canada Health Act, Bill C-3, appears to ignore the fundamental fact most directly influencing accessibility to health care in Saskatchewan, namely, the level of funding. In our brief, in detail, we have outlined to you some of the areas of major concern; delayed hospital construction; long waiting times for hospitalization; delays in treatment for cancer; ladies with breast masses, suspected and probable cancer, wait for six to eight weeks in Saskatoon before admission to hospital; inability to keep pace with advanced technology; restraints on special health programs. There are many, many other examples of under-funding that do effectively ration health care in Saskatchewan.

Mr. Chairman, the SMA urges the Parliament of Canada to delay implementation of Bill C-3. Examine the issues and respond appropriately. The health care system can improve with a commitment to improved funding. Harking back to 1961 and 1962 in Saskatchewan, Premier Douglas identified that the plan was to be acceptable to the providers as well as the receivers of the service. When that principle was forgotten, Saskatchewan was thrown into its greatest political, social

[Traduction]

loisir de choisir leur propre médecin. Les médecins, quant à eux, avaient la possibilité de se désengager du régime. La Commission de l'assurance-santé de la Saskatchewan se bornait à payer la facture. Il y avait un mécanisme de négociation pour ce qui était de la rémunération des médecins. Différents modes de paiements étaient clarifiés dans la Loi sur l'assurance-santé. Ces modes de paiements se sont maintenus jusqu'à ce jour.

Selon notre modèle de la Saskatchewan, l'échelle des taux ne doit pas nécessairement faire l'objet d'une entente, mais il y a consultation entre la Commission de l'assurance-santé et l'Association médicale de la Saskatchewan sur les modifications annuelles apportées aux taux. Depuis 1962, aucun gouvernement, quelle que soit son affiliation politique, n'a osé modifier les avantages prévus par le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan tel qu'entériné dans la loi. La nouvelle loi canadienne sur la santé, cependant, menace de le faire. Les pénalités sur le partage des coûts pourraient forcer le gouvernement provincial à modifier unilatéralement la loi sur le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan. Avec la disparition de l'option de la facturation directe aux patients, les médecins de la Saskatchewan n'auront plus de recours en cas de tarifs inadéquats.

Le tableau 1 de notre mémoire indique la fréquence du mode de facturation III, la facturation directe au patient. Il y a eu des flèches lorsque l'échelle des taux n'a pas été haussée à des niveaux raisonnables. Mais il n'y a pas eu d'érosion du régime d'assurance-santé due à l'exercice judicieux du droit des médecins de facturer directement leurs patients en Saskatchewan. De fait, l'option III a servi à protéger l'accessibilité aux soins médicaux en évitant aux médecins d'être obligés de faire la grève.

La Loi canadienne sur la santé, soit le projet de loi C-3, semble ignorer le facteur qui influe directement sur l'accessibilité aux soins en Saskatchewan, le niveau de financement. Notre mémoire vous indique en détail quelles sont nos principales préoccupations: le retard dans la construction d'hôpitaux, les longues listes d'attente pour entrer à l'hôpital, le retard dans le traitement du cancer; il y a des femmes qui ont des tumeurs aux seins, dont on soupçonne qu'elles sont cancéreuses et qui le sont probablement, et qui doivent attendre de six à huit semaines à Saskatoon pour être admises dans un hôpital; il y a encore l'impossibilité de suivre les progrès de la technologie, les restrictions appliquées aux programmes de soins de santé spéciaux. De nombreux exemples qui montrent que le manque de fonds a pour effet de diminuer la prestation des services de santé en Saskatchewan.

Monsieur le président, l'Association médicale de la Saskatchewan incite fortement le Parlement canadien à retarder l'application du projet de loi C-3. Elle l'invite à examiner la question à fond en vue de prendre les mesures qui s'imposent vraiment. Le réseau des soins de santé au Canada peut être amélioré avec un meilleur niveau de financement. En Saskatchewan, au cours des années 1961-1962, pour remonter jusque-là, le premier ministre Douglas indiquait que le régime

[Text]

upheaval. The SMA is anxious to avoid that history being repeated as the consequence of legislation unilaterally imposed by a federal government.

Thank you for the opportunity to present Saskatchewan physicians' views on behalf of our patients, the citizens of Saskatchewan.

The Chairman: Thank you, Dr. Duke.

Dr. Heywood, are you making the presentation for Manitoba?

Dr. N. Heywood (President, Manitoba Medical Association): Thank you, Mr. Chairman.

The Manitoba Medical Association represents the professional and economic interests of 1,400 physician members. By agreement with the Manitoba Health Service Commission, MHSC, the Manitoba Medical Association is recognized as the official bargaining agent for all fee-for-service physicians who provide insured medical services. As well, the MMA is certified as the exclusive bargaining agent for the physicians employed by the Government of Manitoba.

We agree with many of the statements of our sister Provinces made to date. Our brief, we believe, addresses the major thrust of Bill C-3, namely, extra-billing and user fees. At the present time only 83 of 1,300 fee-for-service doctors, that is 6.4%, are opted out in the Province of Manitoba. This shows widespread support for the basic principles of medicare. Moreover, the number of opted-out doctors has declined steadily since 1969 when medicare was introduced in Manitoba.

• 1240

While the federal government has estimated that extra-billing by opted-out physicians in Manitoba has reached \$1.2 million annually, that is a little over 0.7% of the total amount billed by fee-for service physicians, this contrasts with the MHSC payments of \$156 million to the opted-in doctors in 1982-1983. It is therefore evident that extra-billing poses no threat whatsoever to medicare in our province. Notwithstanding these facts, the MMA in February 1982 adopted as official policy the attainment of a dispute resolution mechanism in its negotiations with MHSC. We did so for the following reasons. First, to avoid the yearly confrontation with government over the increases, thus allowing the MMA to concentrate its resources on helping to improve the health care system; to allow an impartial third party to judge the merit of our fee demands; to permit a physician's right to opt out of medicare to be a true expression of professional freedom and not a means of applying pressure in the negotiation process.

[Translation]

devait être acceptable tant pour ceux qui donnaient les soins que pour ceux qui les recevaient. C'est lorsque ce principe a été oublié que se sont produits les pires désordres politiques et sociaux en Saskatchewan. L'Association médicale de la Saskatchewan ne veut pas voir l'histoire se répéter par suite de l'imposition unilatérale d'une loi du gouvernement fédéral.

Merci d'avoir permis aux médecins de la Saskatchewan de faire connaître leurs vues au nom de leurs patients et de leurs concitoyens de la Saskatchewan.

Le président: Merci, docteur Duke.

Docteur Heywood, vous voulez présenter l'exposé du Manitoba?

Dr N. Heywood (président, Association médicale du Manitoba): Oui, monsieur le président.

L'Association médicale du Manitoba représente les intérêts professionnels et économiques de 1,400 médecins. Dans le cadre d'une entente avec la Commission des services de santé du Manitoba, l'Association médicale du Manitoba est reconnue comme l'agent négociateur officiel de tous les médecins de la province payés directement pour les services médicaux assurés qu'ils dispensent. De même, l'Association médicale du Manitoba est l'agent négociateur exclusif et accrédité des médecins travaillant pour le gouvernement du Manitoba.

Nous approuvons un grand nombre des déclarations de nos provinces sœurs. Notre mémoire s'attaque à l'idée maîtresse du projet de loi C-3, c'est-à-dire à la question de la surfacturation et des frais modérateurs. Actuellement, seulement 83 des 1,300 médecins rémunérés directement, soit 6,4 p. 100 sont désengagés du régime de la province du Manitoba. C'est dire l'appui que reçoivent les principes de base du régime d'assurance-santé. Qui plus est, le nombre des médecins désengagés a diminué de façon régulière depuis 1969, soit le moment où le régime d'assurance-santé a été introduit au Manitoba.

Alors que le gouvernement fédéral a estimé qu'au Manitoba la surfacturation effectuée par les médecins sortis du régime s'est chiffrée annuellement à 1,2 million de dollars, soit un peu plus de 0,7 p. 100 du total facturé par les médecins rétribués selon le service, la CSSM (Commission des services de santé du Manitoba) a payé 156 millions de dollars aux médecins affiliés au régime en 1982-1983. Il est donc évident que la surfacturation ne fait peser aucune menace à l'assurance-santé dans notre province. Malgré ces faits, en février 1982 l'Association médicale du Manitoba a adopté comme politique officielle la mise au point d'un mécanisme de résolution du litige dans ses négociations avec la CSSM. Nous l'avons fait pour les raisons suivantes: Tout d'abord, pour éviter la confrontation annuelle avec le gouvernement au sujet des hausses, permettant ainsi à l'AMM de consacrer principalement ses ressources à essayer d'améliorer le régime des soins médicaux, ensuite pour autoriser une tierce partie impartiale à juger les mérites de nos exigences en matière d'honoraires; enfin pour que le droit d'un médecin à se désister du régime d'assurance-santé soit l'expression véritable d'une liberté professionnelle plutôt qu'un

[Texte]

In October 1982 the Honourable Laurent Desjardins, Minister of Health, proposed a trial period of binding arbitration in exchange for severe restrictions on the right to opt out and extra-bill. At that particular point in time many, if not most, members of the MMA were unwilling to trade established freedoms for the uncertainty of intervention by a third party. In addition, the MMA had serious doubts about the form of arbitration which the government offered. Under this model only the global fee increase would be arbitrable, likely leaving many equally important issues in dispute.

Perhaps of greater concern, the government proposed to limit an arbiter's criteria of decision to those which government itself deemed relevant, for example, the government's subjective ability to pay. You will find, sir, attached as an appendix, our proposals at that time regarding the model of mediation arbitration which we proposed.

This Standing Committee will be aware of the controversial and heated negotiations which took place in Manitoba through 1982 between the MMA and the provincial government.

It is indeed paradoxical that job action, a euphemism for partial withdrawal of services, was used to impress upon the government our commitment to achieving a binding arbitration mechanism. We believed our actions were completely justified. No doubt the Minister of Health felt just as strongly about his position. Unfortunately, both parties missed their first opportunity to test a new approach in medical fee bargaining, an approach based on civility and reason, where both sides come to the bargaining table on equal terms.

During 1983 the MMA's pursuit of a binding arbitration mechanism took on a lower profile. A referendum conducted last June showed only 30% of our members were prepared again to engage in job action in respect of this issue. We resolved to continue informal discussion with the government to rebuild some trust between the parties. It is fair to say that the consultative process is back on track at this time.

With the Canada Health Act tabling in Parliament our board of directors decided the membership should be given the opportunity to re-assess its position on extra-billing. A mail referendum currently is being conducted, with the results to be available to the board of directors on March 7. The ballot states, and I quote:

I am willing to forego the right to extra-bill if a reasonable, fair form of arbitration can be successfully negotiated.

If the majority of voters respond affirmatively, there is good reason to believe the MMA and the Government of Manitoba will be able to work out an acceptable binding arbitration mechanism. If the response is negative, experience teaches us

[Traduction]

moyen d'exercer des pressions dans le processus des négociations.

En octobre 1982, l'honorable Laurent Desjardins, ministre de la Santé, avait proposé une période d'essai d'arbitrage exécutoire en échange de restrictions strictes sur le droit au désistement et à la surfacturation. À ce moment-là, un grand nombre, sinon la plupart des membres de l'AMM, ne souhaitaient pas échanger des libertés établies contre l'intervention incertaine d'une tierce partie. En outre, l'AMM avait de graves doutes quant à la forme d'arbitrage que ferait le gouvernement. En effet, d'après ce modèle seule l'augmentation globale des honoraires pourrait faire l'objet de l'arbitrage, ce qui devrait laisser en litige de nombreuses questions également importantes.

Une question qui a suscité peut-être encore plus de préoccupations, c'est que le gouvernement a proposé de limiter le champ des décisions de l'arbitre aux questions que le gouvernement lui-même estimait pertinentes, par exemple sa capacité subjective de payer. Vous trouverez jointes en annexe les propositions que nous avons faites alors sur le modèle de médiation par arbitrage qui nous paraissait souhaitable.

Le Comité permanent sait sans doute qu'en 1982 des négociations controversées ont opposé l'AMM et le gouvernement du Manitoba.

Il est en fait paradoxal que les médecins aient décidé le retrait partiel de leurs services pour bien faire comprendre au gouvernement qu'ils tenaient vraiment à obtenir un mécanisme exécutoire d'arbitrage. Nos actions nous paraissaient complètement justifiées. Il est indéniable aussi que le ministre de la Santé était aussi persuadée de la validité de sa position. Malheureusement, les deux parties n'ont pas saisi la première possibilité d'évaluer une nouvelle démarche dans la négociation des honoraires des médecins, démarches fondées sur la courtoisie et la raison, où les deux parties viennent à la table de négociations sur un pied d'égalité.

En 1983, l'AMM a continué à rechercher un mécanisme exécutoire d'arbitrage, mais avec moins d'empressement. D'après un référendum organisé en juin dernier, seulement 30 p. 100 de nos membres étaient disposés à retirer à nouveau leurs services pour défendre cette question. Nous avons décidé de poursuivre des discussions officielles avec le gouvernement pour rétablir la confiance entre les parties. Il est juste de dire que le processus consultatif est actuellement rétabli.

Lors du dépôt de la Loi canadienne sur la santé au Parlement, notre conseil d'administration a décidé que les membres devraient avoir la possibilité de se prononcer à nouveau sur la surfacturation. Un référendum postal est actuellement organisé, et ses résultats seront soumis au conseil d'administration le 7 mars. Je vais vous citer la proposition du référendum:

Je suis disposé à renoncer au droit à la surfacturation si une forme raisonnable et juste d'arbitrage peut être négociée avec succès.

Si la majorité des votants répond par l'affirmative, on a de bonnes raisons de penser que l'AMM et le gouvernement du Manitoba pourront mettre au point un mécanisme d'arbitrage exécutoire acceptable. Si la réponse est négative, l'expérience

[Text]

that confrontation will be inevitable when the Government of Manitoba moves to deal with implications of the proposed Canada Health Act.

• 1245

Since the Bill's passage into law is, we believe, a foregone conclusion, we have but two recommendations. First, that Clause 12.(c) be amended to define the meaning of reasonable compensation for insured health services. We submit that binding arbitration is the most equitable mechanism for determining reasonable compensation.

Second, we urge this committee to adopt the amendment to Clause 12 which has already been proposed by the Canadian Association of Interns and Residents and the Residents and Interns Federation of Quebec. The amendment reads:

12.(e) must provide every duly qualified medical practitioner and, where applicable, dentist with the right to provide and to continue to provide insured health services anywhere in the province, and such right shall be extended to all duly qualified medical practitioners and, where applicable, dentists, on equal terms without discrimination.

If Parliament is to indirectly affect a physician's ability to practise outside of medicare, surely justice demands that a doctor must have a statutory right to practise within medicare without discrimination.

In closing, sir, we wish to stress the Manitoba Medical Association's support for medicare, a social partnership which, despite its flaws and problems, has made accessibility top quality care of one of Canada's premier achievements.

Thank you, sir.

The Chairman: Thank you, Dr. Heywood. Thank you all, gentlemen. We will now have some questioning. We will start with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

I have so many questions I want to ask, you might already have to put me down for a second round.

I would like to start and get into the Manitoba model, but before I do, Dr. McPherson, I would like to discuss the British Columbia situation with you, if I might, just for a period of time. Am I correct in stating that you do not have extra-billing in British Columbia?

Dr. McPherson: That is correct. Any form of balanced billing disappeared by the government's legislation of Bill 16 in 1981.

Mr. Epp: All right, but let us get to before Bill 16 was passed. You entered negotiations with the Government of British Columbia. Do you feel that Bill 16 was totally arbitrary on the part of the Government of British Columbia and the subsequent agreements that you made with the hospital services that extra-billing would not be used by doctors in

[Translation]

nous montre que la confrontation sera inévitable lorsque le gouvernement du Manitoba décidera de s'attaquer aux répercussions du projet de loi canadienne sur la santé.

Puisque la mesure législative est proposée deviendra inéluctablement une loi, nous voudrions simplement proposer deux recommandations. Il faudrait tout d'abord modifier l'alinéa 12.c) pour définir ce qu'est une rémunération raisonnable des services de santé assurés. Nous estimons que l'arbitrage exécutoire constitue le mécanisme le plus équitable pour déterminer justement cette rémunération.

Deuxièmement, nous demandons instamment au Comité d'adopter l'amendement à l'article 12 qui a déjà été proposé par l'Association canadienne des internes et résidents ainsi que par la Fédération des résidents et internes du Québec. Cet amendement stipule ce qui suit:

12.e) prévoit à chaque médecin dûment qualifié et le cas échéant à chaque dentiste le droit d'offrir et de continuer à offrir des soins médicaux assurés où que ce soit dans la province, tous les médecins dûment qualifiés et, le cas échéant, les dentistes pouvant bénéficier de ce droit sur un pied d'égalité sans discrimination.

Si le Parlement peut intervenir indirectement dans la capacité d'un médecin à exercer hors du régime d'assurance-maladie, la justice exige qu'il ait légalement le droit d'exercer dans le cadre du régime d'assurance-maladie, sans discrimination.

Pour terminer, monsieur, nous tenons à dire que l'Association médicale du Manitoba appuie le régime d'assurance-maladie, contrat social qui en dépit de ses lacunes et difficultés a fait de l'accessibilité et des soins de qualité supérieure l'une des plus grandes réalisations du Canada.

Je vous remercie, monsieur.

Le président: Merci, docteur Heywood. Je vous remercie, messieurs. Nous allons passer maintenant aux questions. Nous commencerons par M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

J'ai tant de questions à vous poser que je vous demanderai peut-être de m'inscrire pour le second tour.

Je voudrais commencer par examiner le modèle du Manitoba, mais auparavant, docteur McPherson, j'aimerais discuter de la situation de la Colombie-Britannique avec vous, pendant quelque temps. Est-il vrai que la surfacturation n'existe pas dans votre province?

Dr McPherson: C'est exact. Toute forme de frais supplémentaires a disparu en vertu de l'adoption du Bill 16 par le gouvernement en 1981.

M. Epp: Très bien, mais revenons à la situation qui prévalait avant l'adoption de ce projet de loi. Vous négociez avec le gouvernement de la Colombie-Britannique. Pensez-vous que ce dernier ait fait preuve d'arbitraire absolu en adoptant le Bill C-16 et en exigeant les ententes que vous avez conclues ultérieurement avec les services hospitaliers, en vertu desquel-

[Texte]

British Columbia? Do you feel that was strictly an arbitrary decision by government?

Dr. McPherson: Of course. It was an arbitrary decision. The concept of balanced billing, which means the difference between what a medical association feels is an appropriate fee and the fee that the government feels it will pay, was for it to be a small amount. If the two were too far apart, if agreement could not be reached, then we had the right to bill the difference, something like 10%, perhaps. That rate was a significant bargaining tool; it kept us both realistic—government and profession—because to do such a balanced billing process is tedious for physicians. That was legislated away by the unilateral action of the government in May of 1981.

Since that time, it is interesting to observe that our fortunes have turned downward; that we have been kept at a static level; that last year the only increase was to take care of overhead components for physicians. The forecast for this year probably means nothing for physicians. In fact, the government would like to allocate a fixed amount for medical care in a system that we both know has a 3% built-in patient utilization factor.

Mr. Epp: An increase utilization factor.

Dr. McPherson: Yes.

• 1250

Mr. Epp: I was speaking with some British Columbia people close to government, or in government, as recently as yesterday, and with the budget that came down from your Minister of Finance, in which he states that British Columbia, though the government is willing and would like to see more money expended for health care, it is now consuming 31% of the provincial budget—do you feel that if extra-billing were allowed back in in British Columbia, that 31% could be maintained by the government and sufficient moneys could be brought into the system through the private sector to eradicate some of the problems you and your colleagues from other provinces have identified this morning?

Dr. McPherson: The answer to solving our immediate problem is an increased level of patient responsibility for their own care. There seems to be a myth abroad that all people who present themselves at doctors' offices are sick. They are not.

Mr. Epp: Doctor, with all respect, that myth is not around this table; at least not on this side.

Dr. McPherson: It is in this book.

Mr. Epp: I did not write that book, and I agree with you.

Dr. McPherson: I can appreciate that, Mr. Epp.

We have a big problem; and it needs our serious efforts to solve it co-operatively. We are only going to solve it by having a true insurance system. I do not know of any insurance system without a personal stake in whether or not you take advantage of it that works. If we have a degree of patient participation,

[Traduction]

les les médecins de Colombie-Britannique n'imposeraient pas de surfacturation. S'agissait-il d'une décision strictement arbitraire de la part du gouvernement?

Dr McPherson: Bien sûr. Le supplément d'honoraires, c'est-à-dire la différence entre ce que l'AMM estime appropriée et ce que le gouvernement pense devoir payer ne représentait pas grand chose. Si les deux honoraires étaient trop éloignés, et que l'on ne pouvait pas s'entendre, nous avions alors le droit de facturer la différence, c'est-à-dire quelque chose comme 10 p. 100 peut-être. Ce taux était un bon outil de négociation; il permettait d'être réaliste aussi bien du côté du gouvernement que de notre côté, car les médecins ne tiennent pas du tout à utiliser ce processus. Or il a été supprimé unilatéralement par une loi adoptée en mai 1981 par le gouvernement.

Depuis cette date, il est intéressant de constater que notre situation s'est détériorée, que nous avons marqué le pas; que l'an dernier, la seule augmentation concernait les frais généraux des médecins. D'après les prévisions ils n'auront probablement rien cette année. En fait, le gouvernement voudrait attribuer un montant fixe aux soins médicaux dans un régime dont nous savons aussi bien que lui qu'il présente un facteur inhérent d'utilisation de 3 p. 100 par les patients.

M. Epp: Vous voulez parler d'une augmentation d'utilisation?

Dr McPherson: Oui.

M. Epp: J'ai parlé hier avec certaines personnes de Colombie-Britannique proches du gouvernement ou en faisant partie; avec le budget qu'a présenté votre ministre des Finances, dans lequel il indique que bien que le gouvernement de Colombie-Britannique soit désireux de consacrer plus d'argent à la santé, qui représente actuellement 31 p. 100 du budget provincial... En d'autres termes, pensez-vous que si la surfacturation était rétablie en Colombie-Britannique le gouvernement pourrait maintenir ce pourcentage et que le secteur privé pourrait injecter suffisamment d'argent dans le régime pour régler certains problèmes dont vous-même et vos collègues des autres provinces ont parlé ce matin?

Dr McPherson: La réponse pour résoudre notre problème immédiat serait d'accroître la participation des patients dans le coût de leurs soins médicaux. Il semble y avoir un mythe à l'étranger selon lequel tous ceux qui vont voir leur médecin sont malades. Ce n'est pas vrai.

M. Epp: Je voudrais vous dire respectueusement, docteur, que ce mythe n'existe pas autour de cette table, du moins de ce côté.

Dr McPherson: Il est dans ce livre.

M. Epp: Je ne l'ai pas écrit, mais je suis d'accord avec vous.

Dr McPherson: Je vous remercie, monsieur Epp.

Nous avons un gros problème, il faudra tous nos efforts pour le résoudre de concert. Nous ne pourrions le résoudre que grâce à un véritable régime d'assurance. À ma connaissance, aucun régime d'assurance n'existe sans une participation individuelle, qu'il soit utilisé ou non. Avec une certaine participation des

[Text]

which is a small one, for those who can afford to pay, taking care of all those who cannot, we will reduce demand for services; we will channel demand; we will allow people other options, if they like, other ways to provide for special care insurance. We cannot continue to hope to fund this expanding mass of patient services that we are committed to providing without the inevitable consequence of having the system filled up with people who do not really understand why they are in it, except they know they should be there and it is free, and they do not really realize that there are other patients who genuinely need that day and that service in that hospital bed far more than they do.

Mr. Epp: Doctor, I agree basically with everything you are saying, but I am going to take issue with one . . . Let me take the other side, for argument's sake.

You say that patients do not know and that patients must be educated. Agreed. But to what extent, sir, do you and your colleagues also set the till ticket?

Dr. McPherson: Yes. That is a good question you raise. I have not heard that term before, "till ticket".

Mr. Epp: Well, if you have a better one, let us use it.

Dr. McPherson: No. No, that is a fair question.

I do not think our physicians do anything but their very best to serve their patients. We have systems in our province to look after the investigation, control, and punishment of anybody who is abusing the system. It is an extremely small number of people who can be seen to be doing that. What I am talking about is the patient who goes to a physician and decides he does not like that opinion. He goes to another physician and gets a referral to get a second opinion, and does not really like that one, or wonders about it, and goes to another physician. He gets a third referral, using up hundreds of dollars worth of the system. There is no control, and there is no reason that we can control that at this time. There will be none in the future. We have not begun to address the whole question of the patient side of utilization of this system, mainly because of the difficulties of surveying all those millions of services that we are starting.

But to come back to the issue of how to handle it, it can be handled well with an insurance system. Nobody in B.C. complains about paying premiums. Nobody complains about paying user fees for hospitals. In fact, they still think they are rather low, if you ask them. The number of complaints on those 32 million services rendered by physicians is less than 150 per year. There is no other system that equals that in quality. Now, suddenly we are going to lose user fees, by a central edict; we are going to lose premiums, because although it is not mentioned directly and clearly, if you are guaranteed universal care, why pay your premium? We are going to have to raise funds, obviously, through other tax measures, which are going to be much harder on people. I foresee a steady deterioration in a system that is struggling to survive. I have not talked about underfunding because it has been talked about a lot. I have tried to focus or make you think about the

[Translation]

patients, participation minimale pour ceux qui peuvent se la permettre, en voyant à la situation des plus pauvres, nous réduirons la demande de services, nous la canaliserons; nous offrirons d'autres options à ceux qui le souhaitent, d'autres moyens de se procurer une assurance pour soins spéciaux. Nous ne pouvons pas continuer à espérer financer ce volume de plus en plus grand de services aux patients que nous nous sommes engagés à offrir, sans nous retrouver avec cette conséquence inéluctable: un régime engorgé d'adhérents qui ne comprennent pas vraiment pourquoi ils y sont affiliés, sauf qu'ils savent que c'est une nécessité gratuite, alors qu'ils ne comprennent pas que d'autres patients ont vraiment beaucoup plus besoin qu'eux de ce jour et de ce service dans un lit d'hôpital.

M. Epp: Docteur, je suis fondamentalement d'accord sur tout ce que vous avez dit, mais je voudrais reprendre . . . Je vais me faire l'avocat du diable.

Vous dites que les patients ne sont pas informés et qu'il faut les éduquer. Très bien. Mais dans quelle mesure vous-même et vos confrères fixez-vous aussi le ticket de caisse?

Dr McPherson: Oui. Vous soulevez une bonne question. Je n'ai jamais entendu votre expression.

M. Epp: Si vous en avez une meilleure, utilisons-la.

Dr McPherson: Non. Non, c'est une bonne question.

Nos médecins font tout ce qu'ils peuvent pour leurs patients. Dans notre province, nous avons des mécanismes d'enquête, de contrôle et de sanction contre ceux qui abusent du régime et dont le nombre est extrêmement limité. Je parle du patient qui va voir son médecin et qui décide qu'il n'aime pas son opinion. Il va en voir un autre qui l'adresse à un confrère qui lui donnera une seconde opinion, que le patient n'aime pas non plus, ou qui le préoccupe de sorte qu'il va chez un autre médecin. Là encore il se fait envoyer à un troisième spécialiste en y dépensant des centaines de dollars du régime. Il n'existe pas de contrôle et il ne semble pas nécessaire de contrôler cela pour le moment ni plus tard. Nous n'avons pas encore examiné toute la question de l'utilisation du régime par les patients, surtout en raison des difficultés que présenterait l'examen de ces millions de services que nous commençons à offrir.

Mais pour revenir à la question des modalités, nous avons adopté à cet égard un régime d'assurance. En Colombie-Britannique, personne ne se plaint de devoir payer des primes. Personne ne se plaint de devoir payer des frais modérateurs à l'hôpital. En fait, quand on interroge les gens à ce sujet ils pensent que ces frais sont assez peu élevés. Le nombre de plaintes par rapport aux 32 millions de services offerts par les médecins est inférieur à 150 par an. Aucun autre régime ne peut prétendre à cette qualité. Or nous allons brusquement perdre ces frais modérateurs du fait d'un édit du pouvoir central; nous allons perdre ces primes, car à quoi bon les payer puisque les soins médicaux universels sont garantis bien que la chose ne soit pas mentionnée directement et clairement. Evidemment, nous allons devoir réunir des fonds au moyen d'autres mesures fiscales qui pénaliseront davantage le public. Je prévois une détérioration continue d'un régime qui lutte

[Texte]

system and learn how little you know about it. If I am in it and have studied it intensively and I think I know very little, then surely you realize how big the problem is.

• 1255

Underfunding in B.C. means hospitals that I have worked in for 20 years are still unfinished, if you like. There are no funds for equipment. Where I worked as an orthopedic surgeon, I worked with equipment that was out of date, compared to equipment used in Sweden 20 years ago. We are way behind and we are falling further behind because we are not going to allow anybody to contribute moneys.

I guess one other thing I must ask is, what is going to happen when we, as physicians, have to explain to all patients in those 15 million visits a year that the reason their taxes went up is because the federal government does not want them to contribute through user fees and premiums for their own health care. So they are paying twice.

The Chairman: Your last question for now, Mr. Epp.

Mr. Epp: Put me down for a second round. I will get to Manitoba later, then. Sorry, Dr. Heywood.

If I could ask you, doctor, about the budget that came down yesterday and the provincial surcharge. Does the British Columbia Medical Association agree with the figure that the Minister of Finance identified yesterday, whereby he identified a \$336 million shortfall that he feels B.C. has now experienced on federal transfer payments in health care? What affect do you, as a person in the system, foresee for the provincial surtax, if in fact that surtax remains in place? The reason I make that statement is, if I understand the budget correctly, the province would be willing to drop that tax when the shortfall is met. I take it that the shortfall was the \$336 million he identified. What affect, if any, do you see in the system?

Dr. McPherson: We have gotten into this question of federal-provincial transfers before. Doctors are not as familiar with those issues as you ladies and gentlemen are. But I thought I should inform myself, so on November 25 I wrote the federal Minister of Health and Welfare to ask her if she could tell me about the transfer of funds to British Columbia, because I felt that, in view of the Canada Health Act, I would really like to know and be able to explain to people what money was sent over the last several years and where she thinks it goes. I did not get a reply, so I sent a second letter on January 4, with a copy of the first. At the end of January, I got a reply saying, thank you for your letter. We will try and get back to you.

[Traduction]

pour survivre. Je n'ai pas parlé de l'insuffisance du financement, car il y en a été beaucoup question. J'ai essayé de vous présenter le régime afin que vous y pensiez et que vous voyez que vous le connaissez très peu. J'en fais partie, je l'ai étudié à fond et je pense le connaître très peu; vous comprenez donc l'ampleur du problème.

L'insuffisance du financement en Colombie-Britannique signifie que les hôpitaux dans lesquels je travaille depuis vingt ans ne sont pas encore terminés. Il n'existe pas d'argent pour acheter de l'équipement. Lorsque j'étais chirurgien orthopédiste, je travaillais avec de l'équipement désuet qui pouvait se comparer à celui qu'utilisait la Suède il y a vingt ans. Nous sommes très en arrière, et nos retards ne feront que s'aggraver parce que nous n'allons permettre à personne de verser de l'argent.

Je dois aussi demander ce qui se passera lorsque nous, les médecins, devront expliquer à tous les patients lors de ces 15 millions de visites annuelles que la raison pour laquelle leurs impôts ont été augmentés est que le gouvernement fédéral ne veut pas qu'ils cotisent au régime au moyen de frais modérateurs et de primes consacrées à leur propre santé. Ils paient donc deux fois.

Le président: Votre dernière question maintenant, monsieur Epp.

M. Epp: Je vous prie de m'inscrire pour un second tour. Je reviendrai plus tard au Manitoba. Excusez-moi, docteur Heywood.

Je voudrais vous poser des questions, docteur, sur le budget présenté hier ainsi que sur la surcharge provinciale. L'Association médicale de la Colombie-Britannique estime-t-elle comme l'a fait hier le ministre des Finances que cette province a maintenant un déficit de 336 millions de dollars sur les paiements de transfert concernant la santé? Vous adhérez au régime, je voudrais vous demander quelles seraient selon vous les répercussions de la surtaxe provinciale, si elle continue en fait à s'appliquer? Je vous pose cette question, car si je comprends bien le budget, la province voudrait retirer cette taxe une fois que le déficit sera comblé. Il s'agissait, je crois, de 336 millions de dollars. Quelles seraient donc les répercussions, si répercussions il y a, sur le régime?

Dr. McPherson: Nous avons déjà abordé cette question des transferts entre le gouvernement fédéral et les provinces. Les médecins ne connaissent pas aussi bien que vous ces questions. Mais je pense devoir vous informer moi-même que le 25 novembre j'ai écrit au ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social pour lui lui demander des éclaircissements sur le transfert de fonds à la Colombie-Britannique, car j'estimais que compte tenu de la teneur de la Loi canadienne sur la santé je voulais pouvoir expliquer aux gens quelles sommes nous ont été envoyées depuis plusieurs années, et à quelles fins selon elles. Je n'ai pas obtenu de réponse, et j'ai donc écrit une deuxième lettre le 4 janvier avec une copie de la première. À la fin de janvier j'ai reçu une lettre où l'on me remerciait et où l'on m'indiquait qu'on me réécrirait.

[Text]

I think I represent the medical care of British Columbia to some extent. How can I have confidence in her ability to make decisions in our province if she cannot even give me what is really very basic information? As far as our own provincial ministers are concerned, we have met with our Cabinet and our premier. We have had discussions. We do not let the obvious adversarial attitudes of economics that have to exist in a friendly way at the best of times and in an unfriendly way at the worst of times, interfere with what is the ultimate goal in our province, patient care. Our discussions continue on that.

Mr. Epp: Thank you, Dr. McPherson.

The Chairman: Thank you. I will go to Bill Blaikie. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just a few comments, then a couple of questions.

I was interested that Dr. McPherson, when he was complaining about the quality of his equipment, referred to the fact that he was not able to get equipment that was available 20 years ago in Sweden, the very health care system that he was being critical of in his earlier remarks.

Dr. McPherson: They have patient participation. This is why.

Mr. Blaikie: We are all on the front lines, Mr. Chairman. We are on the front lines, our families are on the front lines, everybody is on the front lines when it comes to health care. It seems to me that physicians ought not to think they have some kind of monopoly on commenting on how our health care system should be arranged. I will perhaps go province by province, Mr. Chairman, with respect to the comments by the Manitoba Medical Association. I do not want to embarrass them in front of their colleagues, but it has always seemed to me that in spite of the fact that obviously you have disagreed with positions they have taken before, they have always seemed to be one of the most reasonable of all the medical associations across the country and there is evidence of that in their willingness to entertain the notion of binding arbitration. I would hope in the future you and the government in Manitoba will reach an agreement by which you could become an experiment for the rest of Canada in trying to arrive at a different way of dealing with the problem of physician incomes. I hope both you and the government will be willing to find a way to put both your anxieties about binding arbitration aside for the purpose of experimenting with a process that will be indeed binding—binding on the government so that they would not be able to override that decision by legislation; binding on doctors so that they would not be able to extra-bill over and above whatever the final outcome of the arbitration was. I hope you are able to come to some agreement, not just for the sake of peace between you and the government of Manitoba, but also so that we could begin somewhere to see how alternative models of dealing with this problem work out.

[Translation]

Je pense représenter dans une certaine mesure les soins médicaux en Colombie-Britannique. Comment puis-je avoir confiance en la capacité du ministre de prendre des décisions dans notre province si elle ne peut même pas me donner des renseignements qui sont vraiment élémentaires. Pour ce qui est de nos ministres provinciaux, nous avons rencontré notre cabinet et notre premier ministre. Nous avons discuté. Nous ne laissons pas l'inévitable influence de la conjoncture économique, qui est favorable ou défavorable selon les circonstances bonnes ou mauvaises, interférer avec ce qui représente l'objectif ultime dans notre province, c'est-à-dire la santé des patients. Nos discussions se poursuivent à ce sujet.

M. Epp: Je vous remercie, docteur McPherson.

Le président: Merci. Je cède la parole à Bill Blaikie. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aurais quelques remarques, puis quelques questions.

Il m'a paru intéressant qu'en se plaignant de la qualité de son équipement le docteur McPherson ait dit qu'il n'avait pas réussi à obtenir de l'équipement existant il y a vingt ans en Suède, pays qui possède le régime de soins médicaux qu'il avait justement critiqué dans ses premières remarques.

Dr. McPherson: C'est parce que ce pays fait participer les patients au financement.

M. Blaikie: Nous sommes tous concernés, monsieur le président. Nos familles sont concernées tout le monde l'est quand il s'agit de la santé. Les médecins ne devraient pas penser qu'ils sont les seuls à dire comment il faudrait élaborer notre régime médical. Monsieur le président, j'examinerai peut-être les remarques de l'Association médicale du Manitoba par rapport à la situation de chaque province. Je ne veux pas les embarrasser devant leurs confrères, mais j'ai toujours pensé que malgré votre évident désaccord avec eux sur leurs positions antérieures, leur association a toujours semblé être la plus raisonnable de toutes les associations médicales du Canada, comme le montre le fait qu'ils sont disposés à accepter le principe d'un arbitrage exécutoire. J'espère qu'à l'avenir vous et le gouvernement du Manitoba pourriez conclure une entente qui deviendra un modèle pour le reste du Canada puisque vous essayez de trouver une autre façon de régler le problème des revenus des médecins. J'espère qu'ainsi le gouvernement et vous-mêmes serez prêt à laisser de côté vos inquiétudes quant à l'arbitrage exécutoire afin d'expérimenter un processus effectivement exécutoire, aussi bien du côté du gouvernement, qui ne pourra pas annuler cette décision au moyen d'une loi, que du côté des médecins, qui ne devront pas imposer une surfacturation supérieure au montant fixé par l'arbitrage. J'espère que vous allez pouvoir en arriver à une entente, pas seulement pour pacifier vos relations avec le gouvernement du Manitoba mais aussi pour que nous commencions à voir d'autres modèles pour régler ce problème.

[Texte]

• 1300

With respect to another thing actually brought up by the MMA, I wonder whether the British Columbia people could tell us whether they also support the recommended amendment by the Canadian Association of Interns and Residents having to do with the right of every physician to practice within medicare.

I was just commenting and then I want to know whether the BCMA supports the Canadian Association of Interns and Residents. They have recommended an amendment to this committee in Section 12 regarding the right of every physician to practice within medicare. I want to know whether the BCMA supports that position?

Dr. McPherson: Yes.

Mr. Blaikie: I made a reference earlier Mr. Chairman, as you know to the two-tier approach of the Tories to the Canada Health Act; one for mass political consumption and one for the tone of their questions in committee. I wonder whether the representatives of the AMA would like to comment on the comments of the Alberta Director of the Canadian Medical Association, Dr. Wally Midland, who is quoted in the Edmonton Journal on December 15, as saying that "of course the Tories would be dead ducks if they went against medicare", says Dr. Midland, "but they promised us that when they got in power they would fix it up and make it right for us". I was wondering what you think Dr. Midland meant by this? It indicates to me a certain kind of "hope springs eternal" and I guess the hope among the medical associations and particularly in Alberta, seems to be that their ideological buddies, the Tories, will form the federal government and that, even if this bill does pass with apparent unanimity, something will be done in the future.

Dr. Gray: Well I do not propose to comment on all of the politics of it, but surely since you are the experienced one in politics I am a little surprised that you would quote from the *Edmonton Journal*.

On the other hand as far as the comments by Dr. Midland, he is the past president of the AMA. I know him well; hope I am sure does spring eternal in his breast and I would not be here if it did not spring eternal in my breast that such a Draconian measure as this Act is going to be passed in the form that it is suggested. So yes we do hope that it is not passed in this form, that it is tabled hopefully removed, but at least tabled or set aside for a lot further, more further discussion. It appears to me from some of the questions that have been asked today and yesterday, that people are saying: Why were we not told about these things before? Why are we learning about them now? I would suggest to the committee that the committee should have had that information prior to the committee's being struck. Why did not Monique Bégin have that information? Why did not her aides have that information? Why has this not all been brought out in the deliberations and consultations that could have occurred over the last 18 months?

[Traduction]

En ce qui concerne d'autres points soulevés par l'AMM, j'aimerais savoir si les représentants de la Colombie-Britannique pourraient nous dire s'ils appuient aussi l'amendement recommandé par l'Association canadienne des internes et des résidents touchant le droit de chaque médecin d'exercer au sein de l'assurance-maladie.

C'était là quelques remarques, et je voudrais savoir aussi si l'AMCB appuie l'Association canadienne des internes et résidents, qui a recommandé au Comité de modifier l'article 12 quant au droit de chaque médecin d'exercer au sein de l'assurance-maladie. Est-ce que l'AMCB appuie cette position?

Dr McPherson: Oui.

M. Blaikie: J'ai déjà parlé, monsieur le président, de la méthode à deux niveaux proposée par les conservateurs à propos de la loi canadienne sur la santé; une pour la consommation politique de masse et l'autre pour leurs questions au Comité. J'aimerais savoir si les représentants de l'AMA voudraient faire des remarques sur ce qu'a dit le docteur Wally Midland, Directeur de l'AMC pour l'Alberta, qui aurait dit comme l'indique le *Journal* d'Edmonton du 15 décembre que «évidemment les conservateurs s'avoueraient vaincus en se déclarant contre l'assurance-maladie, mais ils nous ont promis que lorsqu'ils seront au pouvoir ils reverraient le régime en notre faveur». Que veut dire le docteur Midland par là selon vous? J'y vois un certain enthousiasme naïf et sans doute que les associations médicales, notamment en Alberta, semblent espérer que les conservateurs, qui ont les mêmes idées qu'eux constitueront le gouvernement fédéral et que, même si ce projet de loi est adopté à l'unanimité apparente, quelque chose sera fait à l'avenir.

Dr Gray: Je ne voudrais pas faire de remarque sur toutes ces connotations politiques, mais étant donné toute votre expérience à ce sujet je m'étonne un peu que vous citiez le *Journal* d'Edmonton.

A propos des remarques du Dr Midland, il était président de l'AMA avant le président actuel. Je le connais bien; je suis sûr qu'il continue à espérer et je ne serais pas ici si je n'espérais pas vraiment qu'une mesure aussi radicale que cette loi ne sera pas adoptée dans sa forme actuelle. Nous espérons qu'elle sera modifiée, voire mise de côté pour de beaucoup plus amples discussions. D'après les questions qui ont été posées aujourd'hui et hier, j'ai l'impression que les gens se demandent pourquoi on ne les a jamais informés de ces questions, pourquoi ils les apprennent seulement maintenant. Je voudrais dire que le Comité aurait dû être en possession de ces renseignements avant même d'être constitué. Pourquoi Monique Bégin et ses aides n'avaient-ils pas ces renseignements? Comment se fait-il que ce ne soit pas ressorti dans les délibérations et les consultations qui ont eu lieu au cours des 18 derniers mois?

[Text]

• 1305

So now we are here in a five-day time limit to bring a brief to you on all these concerns. I feel that is the problem in that Dr. Midland and myself both hope there are significant changes to this, if it is passed.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, with all due respect to the witnesses, they are involved in politics. This fantasy on the part of doctors that they can somehow remove themselves into some sort of professional isolation from political questions . . . We all want to be isolated from politics in the worse sense of that word, but every decision we make with regard to how we finance our medicare system, right on down the line, is a political question.

Now, I am asking you: How do you make sense of the comment of your colleague about the anticipated actions of a still hypothetical Progressive Conservative government? In the light of those comments, how do you make sense of the support being given this Bill by the very same people you hope will change it?

Dr. Gray: I think there are two things. First of all, I am becoming involved politically. I have never been so before.

Mr. Blaikie: It will be good for you.

Dr. Gray: I have been concerned about medicine and care of patients. However, I find that other people who are social scientists, who have a difficulty . . . The difference between a scientist and a social scientist is that a social scientist cannot tell the difference between hypothesis and a principle which is based on fact. I am involved in patient care.

Now, you are still referring to the comments Dr. Midland made, how we bring together the idea that they are talking about health care, the terrible Bill, and yet they are supporting it. I guess I am starting to learn about the political realities of which I was unaware before; that is, not everything appears as it seems on the surface. One of the principles of . . .

Mr. Blaikie: It does appear as it seems on the surface. It is just not as it appears on the surface.

Mr. Epp: That is the first lesson around here.

Dr. Gray: In all honesty, when you have a position and refuse to change it because that is your attitude no matter what information is going to come down, then I think it is only honest to say: I do not care what you tell me or what you say; this is the way I feel and I am not changing it. You have already stated that today when you discussed your philosophy on balanced billing.

The Chairman: Your last question, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I have just a few more comments. It is too bad we cannot go on like this.

Mr. Epp: That is good.

[Translation]

On nous impose maintenant une limite de cinq jours pour vous soumettre un mémoire sur toutes ces préoccupations. C'est un problème, car le Dr Midland et moi-même espérons que des modifications importantes seront apportées à ce projet de loi avant qu'il ne soit adopté, s'il l'est, bien entendu.

M. Blaikie: Monsieur le président, sauf le respect des témoins, ils font de la politique. Les médecins semblent tous rêver de se retirer dans un espèce d'isolement professionnel et de ne pas se mêler de questions politiques . . . Nous voulons tous fuir la politique dans le pire sens du terme, mais la manière dont nous finançons notre système d'assurance-maladie demeure néanmoins une question d'ordre politique.

Voici ce que j'aimerais savoir: comprenez-vous les observations que votre collègue a faites au sujet d'un éventuel gouvernement progressiste-conservateur? A la lumière de ces observations, comment comprenez-vous l'appui accordé à ce projet de loi par les personnes dont vous attendez des modifications?

Dr Gray: J'aurais deux réponses à vous donner. Premièrement, je commence à m'engager politiquement. Je ne l'avais jamais fait avant.

M. Blaikie: Tant mieux pour vous.

Dr Gray: Je me préoccupe du secteur médical et des soins aux patients. Toutefois, je trouve que les experts du domaine social qui ont de la difficulté . . . La différence entre un homme de science et un expert du domaine social consiste en ceci que ce dernier ne peut établir la distinction entre une hypothèse et un principe fondé sur un fait. Je m'occupe, moi, des soins aux patients.

Vous parlez encore des observations du Dr Midland, sur la manière de réconcilier leur idée et cet affreux projet de loi. Mais il continue de l'appuyer. Je commence à comprendre la réalité politique dont j'étais complètement ignorant jusqu'à maintenant, c'est-à-dire que les choses ne sont pas vraiment comme elles semblent l'être. L'un des principes de . . .

M. Blaikie: Les choses semblent être comme elles sont à la surface, elles ne sont tout simplement pas comme elles semblent être.

M. Epp: C'est la première leçon que l'on apprend ici.

Dr Gray: En toute sincérité, si vous refusez de changer de position sans égard à l'information obtenue, je pense qu'il faut être assez honnête pour dire: vous pouvez me dire n'importe quoi, mais mon idée est déjà faite, et je n'ai pas l'intention de la changer. C'est ce que vous avez laissé entendre aujourd'hui lorsque vous nous avez parlé de vos idées sur la facturation équilibrée.

Le président: Une dernière question, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je n'ai que quelques autres observations à formuler. Il est dommage que nous ne puissions pas continuer.

M. Epp: C'est bien ainsi.

[Texte]

Mr. Blaikie: I would just like to say, with respect to the comments by the Saskatchewan Medical Association, that they ought not to come here and pretend they are here on behalf of their patients. The patients did not elect the Saskatchewan Medical Association. There are plenty of people in Saskatchewan who do not agree with the position of the Saskatchewan Medical Association on extra-billing, obviously, so spare me the drama of saying you are here on behalf of your patients. You are here on behalf of the Saskatchewan Medical Association, which is quite legitimate, but there are plenty of people in Saskatchewan and elsewhere who have a different view of how our health care system ought to be financed, and I think that ought to be respected. This sort of monopoly on expertise as to how the health care system ought to be organized is a false monopoly, and I do not accept it.

The Chairman: Perhaps Dr. Duke should reply.

Dr. N. Rigby (Executive Director, BCMA, The Canadian Medical Association): I want to make a comment, if I may, Mr. Chairman.

The Chairman: Please. I think . . .

Dr. Rigby: I am sorry.

Dr. Duke: I would just like to accept the Hon. Member's opinion, and I think everyone is to be granted his opinion. I do believe the Saskatchewan physicians are in a position to advocate for their patients, and I think there have been many times in the past where politicians have perhaps not been the best advocates of the citizens of Saskatchewan. In fact, sometimes when new programs are being introduced into health care, politicians unjustly raise the expectations of the citizens, and in fact, when the crunch comes: Oh, I am afraid I cannot stand the financial implications of this; therefore, we will toss it back in the doctor's lap and let him bring to you this rationed form of medical care in which I promised to give you first-dollar coverage for nothing. We are advocates for our patients and we are talking about the problems with health care in Canada. We are talking about the problems that are not being addressed by this act, and we are suggesting to you that your responsibility is to point out the defects in this act and to hold this act until there are appropriate amendments made to address the problems related to under-funding.

• 1310

When I am talking about problems in hospitals, I am talking about my own problems. Doctor McMillan is talking about his problems—providing the best medical care that he can to his patients. That is advocating on the part of our patients. I say that the operating rooms in one of the hospitals where I work are cooled by opening the windows, and you hope that the sparrows do not fly in. Your office would not ever be that way, but I operate on patients in operating rooms that are like that.

[Traduction]

M. Blaikie: Je voulais simplement dire, pour ce qui concerne les observations formulées par l'Association médicale de la Saskatchewan, que ces représentants ne devraient pas venir ici prétendre qu'ils parlent au nom de leurs patients. Les patients n'éisent pas l'Association médicale. Il y a beaucoup de gens en Saskatchewan qui n'approuvent pas la position de l'Association médicale de cette province sur la surfacturation, bien entendu, alors ne me racontez pas que vous êtes venus ici parler au nom de vos patients. Vous êtes venus témoigner au nom de l'Association médicale de la Saskatchewan, ce qui est tout à fait légitime, mais il y a beaucoup de résidents dans cette province et ailleurs qui ont une opinion tout à fait différente sur la manière de financer notre système de soins de la santé, et je pense qu'il faut respecter cette opinion. Il n'existe pas de monopole des connaissances eu égard à la structure du système des soins de la santé, et je n'en accepte pas.

Le président: Le Dr Duke pourra peut-être répondre.

Dr N. Rigby (directeur exécutif, AMCB, Association médicale du Canada): J'aimerais faire une observation, avec votre permission, monsieur le président.

Le président: S'il vous plait, je pense . . .

Dr Rigby: Je m'excuse.

Dr Duke: J'accepte l'opinion de l'honorable député, et je pense que tout le monde a droit d'avoir son opinion. J'estime cependant que les médecins de la Saskatchewan peuvent parler au nom de leurs patients et je pense qu'il y a eu beaucoup de circonstances par le passé où les hommes politiques n'ont pas nécessairement veillé aux meilleurs intérêts des résidents de cette province. Il arrive même, lorsque des nouveaux programmes sont instaurés dans le domaine de la santé, que les hommes politiques augmentent de manière injuste les attentes des citoyens et que, au moment critique, ils nous disent qu'ils ne peuvent pas supporter les répercussions financières de ces programmes, remettent le tout entre les mains du médecin et lui laissent la responsabilité d'offrir des soins médicaux diminués en arguant de leur promesse de couvrir le premier dollar pour rien. Nous sommes les défenseurs de nos patients et nous parlons ici des problèmes de la santé au Canada. Nous parlons des problèmes qui ne sont pas résolus par cette loi et nous disons qu'il vous appartient de mettre le doigt sur les lacunes et de retarder l'adoption de cette loi jusqu'à ce que les amendements voulus y soient apportés pour rectifier le manque de crédit.

Lorsque je parle des problèmes qui existent dans les hôpitaux, il me suffit de penser aux miens. Le Dr McMillan parle de ses problèmes, de son souci d'offrir les meilleurs soins médicaux possibles à ses patients. Il fait cela pour défendre ses patients. Je dis que le seul moyen de refroidir les salles d'opération dans l'un des hôpitaux où je travaille est d'ouvrir les fenêtres et d'espérer que les moineaux ne vont pas en profiter pour entrer. Vous n'accepteriez jamais de telles conditions dans votre bureau, mais je dois opérer des patients dans des salles d'opération de ce genre.

[Text]

Mr. Blaikie: You have not been in my office; I am on the sixth floor of the Centre Block.

Dr. Duke: Maybe you are up with the birds.

The Chairman: Carry on, doctor.

Dr. Duke: In fact, if it ever comes to the point where Saskatchewan physicians do not advocate on their patients' behalf, then I feel that we would certainly not be carrying out the mandate for which every patient respects his physician when he comes in to seek service from that physician. That is a professional responsibility and we accept that responsibility. We are coming here as professionals with those responsibilities, wanting to have a positive effect on a health-care bill that we hope can be amended, even by the members of the majority party who are not here. I hope that they will be reading the statements we are making.

The Chairman: We shall go to Dr. Rigby for a minute. Dr. Duke and the rest of you, the on this committee have been very, very diligent to their duties and have been sitting around the clock pretty well all the time. If they have to go off for lunch or other meetings for a few minutes, I hope you will excuse them. You can rest assured that they will be reading all the hearings, briefs and everything in great detail before we get to clause-by-clause study.

Dr. Duke: Thank you.

The Chairman: Actually, compared to most committees, we have had an excellent attendance at this committee, over-attendance hour after hour all through the hearings.

An hon. Member: Perhaps the turnstile committee hearings would know of extra benefits.

The Chairman: Doctor Rigby, do you have a short comment?

An hon. Member: You need a negotiator.

Dr. Rigby: Thank you very much, Mr. Chairman; I could not resist. Mr. Blaikie twice made the remarkable statement that doctors should not have a monopoly on saying how health care should be arranged, which I thought was a most remarkable statement. We are facing a bill, C-3, which has nothing to do with health care and the physicians in my province, nor yet in this country, have not been consulted at all about the provisions of that bill. Mr. Blaikie mentioned 1962. I was practising in Saskatchewan in 1962. The bill for medicare was presented without any consultation whatsoever with the medical profession, and we had to go through that dreadful experience to get it amended so that it was acceptable to the providers and the users of that service. I will remind you that we supported medical care insurance in Saskatchewan and I was a member of the Swift Current Health Region No. 1, which was a pioneer in pre-paid medical insurance. Now we are facing the same thing, an imperative federal government producing a bill without any consultation whatsoever with the medical profession. Whatever remarkable decisions you make in Ottawa, we are still the people who have to look after the people in this country—the well, the sick, the dying and the injured.

[Translation]

M. Blaikie: Vous n'avez pas vu mon bureau, je suis au sixième étage de l'édifice du Centre.

Dr Duke: Vous vous levez peut-être avec les oiseaux.

Le président: Poursuivez, docteur.

Dr Duke: Si nous ne nous érigions pas en défenseur des patients, nous manquerions à notre devoir, celui qui nous fait mériter le respect des malades qui s'adresse à nous pour les soigner. C'est notre responsabilité professionnelle et nous l'assumons. Nous venons ici en tant que professionnels chargés de cette responsabilité pour essayer d'influencer de façon positive une loi sur la santé dont nous espérons qu'elle est modifiable, et que les députés du parti majoritaire, même s'ils ne sont pas présents ici, y consentiront. J'espère qu'ils liront les déclarations que nous faisons ici.

Le président: Nous allons donner la parole au Dr Rigby pour quelques instants. Docteur Duke, les membres du Comité travaillent de façon très diligente et siègent pratiquement 24 heures sur 24. Même s'ils doivent sortir pour déjeuner ou aller à d'autres réunions pendant quelque temps, j'espère que vous les en excuserez. Vous pouvez tenir pour acquis qu'ils vont lire tous les procès-verbaux et tous les mémoires de façon très attentive avant de passer à l'étude article par article.

Dr Duke: Je vous remercie.

Le président: En fait, par comparaison à la plupart des autres comités, les membres de ce comité sont très assidus et n'ont cessé de se presser autour de la table depuis le début de ces travaux.

Une voix: On se presse au guichet.

Le président: Docteur Rigby, voulez-vous intervenir?

Une voix: Vous avez besoin d'un négociateur.

Dr Rigby: Je vous remercie, monsieur le président; je ne peux pas résister. M. Blaikie a dit à deux reprises que les médecins ne doivent pas avoir le monopole des décisions concernant le système de santé et je trouve cela assez surprenant. Nous voici face à un projet de loi, le bill C-3, qui concerne le régime de santé et pourtant les médecins de ma province, ou même les représentants des médecins au niveau national, n'ont été consultés en rien concernant ses dispositions. M. Blaikie a rappelé 1962. Je pratiquais en Saskatchewan en 1962. Le projet de loi sur l'assurance-maladie a été introduit sans consultation d'aucune sorte avec la profession médicale et nous avons dû nous battre terriblement pour le faire amender de façon à le rendre acceptable aux distributeurs et aux utilisateurs de ce service. Je vous rappelle que nous étions en faveur de l'assurance-maladie en Saskatchewan et que j'étais membre de la région sanitaire n° 1 de Swift-Current, qui a fait oeuvre de pionnier en matière d'assurance-médicale pré-payée. Nous voilà de nouveau face à la même situation, confronté à un gouvernement fédéral impérieux, qui dépose un projet de loi sans consulter en aucune façon la profession médicale. Quelles que soient les décisions remarquables que vous preniez à Ottawa, c'est quand même nous qui

[Texte]

Therefore, I would suggest to you that I think it might be far better to consign this bill to decent oblivion, and set up a dialogue with the providers of medical service, not just the doctors, but also the Federal Minister of Health and the Provincial Ministers of Health, to beat out a strategy so that we can give our best to the Canadian people. I have been in this business for 20 years and there has never been a dialogue between the doctors in this country and the federal and provincial health ministers. It is about time you started! Thank you.

An hon. Member: Hear, hear!

Dr. Rigby: Thank you.

The Chairman: Thank you, doctor. I do not often remind people that they should be addressing the Chair, because that is sometimes unnecessary, but that is the theoretical situation when things get too heated. But I do not blame anybody for being heated, or fighting or talking strongly about your own opinions. That is what you are here for. Sometimes it happens on the part of members, too.

• 1315

I will go to Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, through you to our witnesses . . .

Some Hon. Members: Oh!

Mr. McCauley: I am pleased you are here. I thank you for your time. You have an important role to play in this dialogue. I must confess, though, that I am somewhat disturbed by the rhetoric of the dialogue, and I wonder how helpful it is when Dr. McPherson, for example, accuses the Canadian government of interfering in the affairs of British Columbia. It seems to me that what he is saying is the Government of Canada should not interfere in Canadian affairs, because the last time I looked the people of British Columbia were Canadians. It seems to me to be a contradiction in terms and not helpful for an effective dialogue.

Dr. Gray uses the term "extortion". Surely that is excessive. I appreciate that you have strong feelings, but it seems to me that strong feelings can be conveyed in a way that the dialogue is enhanced rather than destroyed.

I want to second what Mr. Blaikie has said about the Manitoba Medical Association. I am pleased to note their support of the Canadian Association of Interns and Residents. I am pleased to know, in response to Mr. Blaikie's question, that the B. C. Association also supports that amendment because I think it is very, very important.

I would like, Mr. Chairman, to pose a question to Dr. McPherson. I would like to ask Dr. McPherson if he supports the action of the British Columbia government in terms of the 8% surcharge?

[Traduction]

devons soigner les gens dans ce pays, les malades, les mourants et les blessés.

C'est pourquoi je dis qu'il vaudrait mieux rejeter ce projet de loi dans un oubli miséricordieux et entamer un dialogue avec ceux qui fournissent les soins médicaux, pas seulement avec les médecins mais avec le ministre fédéral de la santé et les ministres provinciaux de la santé de façon à dégager une stratégie qui nous permette de faire de notre mieux dans l'intérêt des Canadiens. Cela fait vingt ans que je suis dans le métier et jamais on n'a instauré un dialogue entre les médecins et les ministres de la santé au niveau fédéral et provincial. Il est grand temps! Je vous remercie.

Une voix: Bravo!

Dr Rigby: Merci.

Le président: Je vous remercie, docteur. Il m'arrive rarement de rappeler que chacun ici doit s'adresser au président, car c'est parfois inutile mais c'est ce qu'exige la pratique lorsque le débat devient trop animé. Je ne reproche à personne de s'échauffer ni de défendre vigoureusement son point de vue, c'est pour cela que vous êtes ici. Cela arrive également aux membres du Comité.

Je donne la parole à M. McCauley.

M. McCauley: Monsieur le président, je m'adresse par votre intermédiaire aux témoins . . .

Des voix: Oh!

M. McCauley: Je suis heureux que vous soyez venus et je vous remercie d'en avoir pris le temps. Vous avez un rôle important à tenir dans ce dialogue. Je dois confesser, cependant, que je suis quelque peu déçu par la rhétorique que vous adoptez et je me demande s'il est bien utile, par exemple, que le Dr McPherson accuse le gouvernement canadien de s'ingérer dans les affaires de la Colombie-Britannique. Cela revient à dire que le gouvernement du Canada ne doit pas s'ingérer dans les affaires des Canadiens, car, aux dernières nouvelles, les gens de Colombie-Britannique sont encore Canadiens. Cela me paraît un illogisme et ne contribue en rien à un dialogue positif.

Le Dr Gray emploie le mot «extorsion». C'est pour le moins excessif. Je sais bien que vous avez des opinions très tranchées, mais il me semble que vous pourriez les faire connaître d'une façon qui contribue au dialogue au lieu de le détruire.

Je ratifie ce que M. Blaikie a dit concernant l'Association médicale du Manitoba. Je note avec satisfaction qu'elle appuie l'Association canadienne des internes et des résidents. J'ai été heureux d'apprendre, en réponse à la question de M. Blaikie, que l'Association de Colombie-Britannique est également en faveur de l'amendement, car celui-ci me paraît extrêmement important.

Monsieur le président, j'aimerais maintenant poser une question au Dr McPherson et lui demander s'il est en faveur de la décision du gouvernement de Colombie-Britannique d'imposer une surtaxe de 8 p. 100?

[Text]

Dr. McPherson: All I know about the surcharge is what I have heard from a *Canadian Press* person over the telephone, and the brief amount in the papers. I think that is an insufficient amount of knowledge upon which to make a great opinion. But broadly speaking, if there is a lack of funding in British Columbia as a result of the passage of the Canada Health Act as it stands now, which there surely will be, then somebody has to find the money somewhere, and it is the government's job to do that.

Mr. McCauley: So you think that is a necessary move?

Dr. McPherson: The option that you have is to decrease funding by whatever amount you—let us take \$150 million. We could cut \$150 million out. That is the budget of the Vancouver General Hospital for a year, so you would essentially wipe out the major teaching institution and the tertiary care unit of the hospital; then you would be happy perhaps.

Mr. McCauley: In essence, Dr. McPherson, what you are saying is that this is a necessary move by the Government of British Columbia in response to this initiative?

Dr. McPherson: I suspect that is a loaded question for somebody like me. I think I will stick with what I have said, because I . . .

Mr. McCauley: I am talking . . .

Dr. McPherson: May I continue?

The Chairman: Let the doctor finish, please.

Dr. McPherson: I have no knowledge of what that budget says in detail. I have not had a chance to talk to our health minister, and I would point out that the first thing I will do when I return is to talk to him and see what his problems are, and how he proposes to solve them, because we do talk to each other.

Mr. McCauley: Dr. McPherson, perhaps the first question you could ask him is that the 8% surcharge will raise \$166 million which will replace approximately a \$35 million potential penalty for user fees. In other words, it is four or five times more than this Bill would penalize the Province of British Columbia. I think that is one question you should ask him.

Dr. McPherson: Mr. Chairman, if in British Columbia it becomes no longer necessary to pay premiums our medical services plan will have a shortfall of \$387 million a year, contributed voluntarily by British Columbians for their medical care at this time. So I think he has got a much bigger problem than you portray.

Mr. McCauley: Can I pose a question to any of you who wants to respond? We have heard a lot this morning about under-funding. You will be aware that the Canadian Hospital Association has told us in no uncertain terms that the hospital sector as a whole is not under-funded. They point to a study that supports that conclusion.

[Translation]

Dr. McPherson: Tout ce que je sais de cette surtaxe, je l'ai appris d'un journaliste de *Canadian Press* au téléphone et le peu que j'ai pu en lire dans la presse. Cela ne suffit pas pour arrêter une opinion, mais de façon générale, si la Loi canadienne sur la santé, dans sa forme actuelle, doit aboutir à une pénurie de crédits en Colombie-Britannique, comme cela sera sûrement le cas, il faudra bien trouver l'argent quelque part, et c'est au gouvernement de le faire.

M. McCauley: Vous pensez donc que c'est nécessaire?

Dr. McPherson: La seule autre option est de réduire le budget de la santé d'un montant correspondant, probablement 150 millions de dollars. On pourrait couper 150 millions de dollars. Cela représente le budget annuel de l'Hôpital Général de Vancouver et reviendrait pratiquement à rayer de la carte le principal hôpital d'enseignement et le premier établissement de soins tertiaires de la province; cela vous satisferait peut-être.

M. McCauley: Donc, docteur McPherson, vous considérez que c'est là une mesure nécessaire, que le gouvernement de Colombie-Britannique doit prendre en réponse à cette initiative?

Dr. McPherson: J'ai l'impression que c'est là une question piège que l'on m'adresse. Je vais donc m'en tenir à ce que j'ai dit, car . . .

M. McCauley: Je veux dire . . .

Dr. McPherson: Puis-je poursuivre?

Le président: Laissez terminer le docteur, s'il vous plaît.

Dr. McPherson: Je ne connais pas le détail de ce budget, je n'ai pas pu en parler avec notre ministre de la Santé, mais ce sera la première chose que je ferai à mon retour afin de voir quels sont ses problèmes, comment il entend les résoudre, car nous avons un dialogue entre nous.

M. McCauley: Docteur McPherson, la première chose que vous pourriez lui faire remarquer est que cette surtaxe de 8 p. 100 va rapporter 166 millions de dollars pour compenser une pénalité d'environ 35 millions de dollars au titre de la surfacturation. Autrement dit, c'est 4 ou 5 fois plus que la pénalité que ce projet de loi imposerait à la Colombie-Britannique. Vous pourriez l'interroger là-dessus.

Dr. McPherson: Monsieur le président, si les cotisations d'assurance maladie sont supprimées en Colombie-Britannique, cela va entraîner un manque à gagner de 387 millions de dollars par an, qui sont actuellement versés volontairement par les habitants de Colombie-Britannique. Le problème est donc beaucoup plus important que ce que vous dites.

M. McCauley: Puis-je poser une question à la cantonade? On a beaucoup parlé aujourd'hui du manque de crédits. Je dois vous apprendre cependant que l'Association des hôpitaux du Canada nous a dit de façon très nette que le secteur hospitalier dans son ensemble ne souffre pas d'un manque de crédits. Ils nous ont cité une étude qui le confirme.

[Texte]

[Traduction]

• 1320

It is my contention that you also have a study, a fairly expensive study by Woods Gordon, that comes to the same conclusion. How do you deal with two studies that say the hospital sector is not underfunded, and yet you are alleging that it is?

Dr. Gray: If I might, just for a minute, Mr. Chairman . . .

The Chairman: Dr. Gray.

Dr. Gray: First of all, on the underfunding issue of hospitals, there is no question that if you have a waiting list or you ration health care services, then there is no underfunding. That is the opposite end of the stick: If you do not fund it, you accept a ration in the service, accept waiting lists, then certainly it is not underfunded.

When you look at my own particular hospital just as one example, we have found now that up until three years ago the emergency out-patient department was funded for every item that was given; every service that was given was funded. Three years ago, that was no longer the case; it was then given a global budget. So up until three years ago, the physicians were encouraged to use out-patient departments by the hospital; the more they did, the lower the cost per service and the more money there was for other things in the hospital. When the global budget for emergency rooms came down three years ago through the provincial government to the hospitals, it was a cost lost—or a loss-leader, as it were, if you start increasing. So we were discouraged from using that department.

Now, our emergency department is not underfunded, but there are many things we are not allowed to do there anymore. We have also been told by our province that utilization has increased astronomically. It is interesting to note that the reporting system does not include hospitals but only part of labs. Now that physicians no longer use the laboratories in hospitals, we have been told that utilization has gone up. It has, but that is part of it. When we look at the reporting time from our provincial laboratories on cultures for infections and other such items, we now find that the provincial lab has been cut. However, it is still cheaper for the hospitals to send the reports there, and we therefore usually get them a week and a half too late. So they now go to private areas.

It is not as simple as just saying that they have come along and said there is no underfunding. There is no underfunding because they have made a lot of their cuts—and they are happy to live with it, I guess. They are not the ones who look the patient in the eye. We talk about accessibility. We can have a system of accessibility, and it will be two-tiered: those who can go to the States or elsewhere, and those who will stay here.

I think it is very important, when you look at the Rand study on the rate of dialysis for kidney failure in Quebec, that they have a longer list than they do in the rest of the country.

Je prétends que vous êtes également en possession d'une étude, une étude relativement coûteuse réalisée par Woods Gordon, qui tire la même conclusion. Comment pouvez-vous lancer de telles affirmations face à deux études qui montrent que le secteur hospitalier ne manque pas de crédits?

Dr Gray: Si vous me permettez une minute, monsieur le président . . .

Le président: Docteur Gray.

Dr Gray: Tout d'abord, il est bien certain que si vous avez une liste d'attente ou que vous rationnez les services de santé, alors il n'y a pas de manque de crédits. C'est l'envers de la médaille: Si vous ne donnez pas de ressources suffisantes, vous êtes obligés de diminuer les soins, d'établir des listes d'attente et dans ce cas vous pouvez affirmer que les ressources des hôpitaux sont suffisantes.

Mais si vous prenez comme exemple l'hôpital où je travaille, jusqu'à il y a trois ans tous les soins dispensés par le service d'urgence, le service de consultations externe, lui étaient comptabilisés. Cela a été supprimé il y a trois ans et le service d'urgence s'est vu doter d'un budget global. Jusqu'à il y a trois ans, donc, les médecins étaient encouragés à recourir aux services de consultations externes de l'hôpital; plus ils le faisaient, plus le coût par acte diminuait et plus d'argent était disponible pour les autres services de l'hôpital. Depuis que le gouvernement provincial a imposé aux hôpitaux un budget global pour leurs services d'urgence, chaque acte représente une perte pour l'hôpital si bien que nous sommes dissuadés de nous en servir.

Notre service d'urgence ne souffre pas d'une pénurie budgétaire, mais il y a beaucoup de choses que nous ne sommes plus autorisés à y faire. La province nous a également dit que le taux d'utilisation a augmenté de façon astronomique. Il est intéressant de noter que les statistiques ne comptabilisent pas les hôpitaux en entier mais uniquement les laboratoires. Maintenant que les médecins ne recourent plus aux laboratoires des hôpitaux, on nous dit que l'utilisation a augmenté. C'est vrai, mais cela n'est qu'un aspect de la question. Si l'on regarde le délai d'attente pour obtenir le résultat de cultures microbiennes en cas d'infection et autre, on s'aperçoit que des coupures ont été faites dans les laboratoires. Cependant, il en coûte encore moins cher pour les hôpitaux de s'adresser à eux, mais les résultats nous arrivent généralement une semaine et demie trop tard. Aussi, on s'adresse maintenant aux laboratoires privés.

Les choses ne sont pas si simples, et il ne suffit pas de dire qu'il n'y a pas de manque de crédits. On n'en manque pas parce qu'on a coupé les services, et j'imagine que les autorités n'en sont pas mécontentes. Mais ce ne sont pas eux qui sont en face des patients. On parle de l'accès. Il y aura désormais deux catégories de malades, ceux qui ont les moyens d'aller aux États-Unis ou ailleurs, et ceux qui seront obligés de se faire soigner ici.

Il est symptomatique, si vous regardez l'étude Rand sur le taux de dialyse pour cause de blocage rénal au Québec, que la liste y est plus longue que dans le reste du pays. Elle va

[Text]

It will go up. If you want to look at specific examples . . . It is fine to say we are not underfunded, but when you are trying to treat kidney failure by dialysis and realize, as they do in Britain now, that you are too old and will probably only live two years . . . We will look eye to eye to the patient—not in a general legislative sense, but eye to eye in the delivery of health care—and tell them that they cannot have dialysis and start using excuses like well, it probably would not have helped anyway. That is where we are going.

I think it is wrong to look at hospitals. Even the hospital associations I do not feel have been entirely honest in stating that unless they stated on the opposite side—and I was not here when they gave their brief . . . that there were waiting lists and everything else.

The Chairman: Thank you.

Dr. Fewer, you wanted to give a comment.

Dr. Fewer: Just on the same question, through the Chair.

I think you should all realize, if maybe it has not been pointed out already, that the medical staffs of the hospital are usually in fairly constant conflict with the administrators about what we consider to be underfunding and a problem. Their interpretation and ours, I am sure, are quite different. I work in two tertiary-care hospitals in Winnipeg, and I do not think I would have any trouble taking you through and showing you there is a problem. I am frankly as a practitioner scared at times that we are getting very close to what is now borderline to becoming inadequate—very scared. I do not think you can hear that message enough.

The Chairman: Mr. McCauley, one short question, please.

Mr. McCauley: I have no further questions.

The Chairman: I will go on to Mrs. Killens.

Mrs. Killens: *Merci, monsieur le président.*

This has been a very heavy morning for all of us. I sense a lot of frustration. Although there are fewer of us in this room, there is still frustration.

• 1325

What we are trying to do as members of the committee—and we have real difficulty assessing the real situation; real difficulty. We are getting some truths; we are getting some half-truths. We are getting perceptions; we are getting facts.

Twice this morning I heard it said that Bill C-3 has nothing to do with health care. I can tell you that two different groups in society—not a group, a person—Justice Hall, for example, thinks it has a lot to do with the quality of health care. The other is the ordinary people of the street: the Anti-poverty League, for example, the Coalition of Consumers; and they come to us, and they do not have your expertise. There is no vibration in the room when they are here. There are two of them. They are quiet. They do not have your knowledge. They do not have your know-how.

[Translation]

s'allonger. Dès que vous regardez des exemples précis . . . Il est bien joli de dire que nous ne manquons pas de ressources mais lorsque vous soignez un blocage rénal par la dialyse et que l'on sait, comment on s'en rend compte en Grande-Bretagne aujourd'hui, que le patient est trop vieux et qu'il ne vivra probablement que deux ans . . . Il faudra regarder le patient dans les yeux et lui dire qu'il n'aura pas accès à la dialyse et commencer à inventer des excuses du genre: Cela n'aurait pas servi à grand-chose de toute façon. Evidemment, cela ne sera pas inscrit dans la loi, mais c'est ce qui nous attend.

Il ne suffit pas de regarder le fonctionnement des hôpitaux. Même les associations d'hôpitaux n'ont pas été entièrement honnêtes—je n'étais pas là lorsque elles ont comparu—elles n'ont pas parlé des listes d'attente et de tout le reste.

Le président: Je vous remercie.

Docteur Fewer, vous vouliez dire quelque chose.

Dr Fewer: Oui, à ce même sujet.

Il faut tous que vous sachiez, si on ne vous l'a pas déjà dit, que le personnel hospitalier médical est en conflit presque permanent avec les administrateurs concernant l'insuffisance budgétaire. Je suis sûr que leur interprétation des problèmes et la nôtre divergent considérablement. Je travaille dans deux hôpitaux de soins tertiaires à Winnipeg, et il me serait facile de vous faire faire une visite et de vous montrer où se trouvent les problèmes. Je commence vraiment à prendre peur, nous sommes à la limite et nous allons bientôt sauter le pas vers la crise. Nous ne répéterons jamais assez ce message.

Le président: Monsieur McCauley, une brève question s'il vous plaît.

M. McCauley: Je n'ai pas d'autre question.

Le président: Je vais donc passer à M^{me} Killens.

Mme Killens: *Thank you, Mr. Chairman.*

Cela a été une matinée très chargée pour nous tous et je perçois beaucoup de frustrations. Bien que nous soyons moins nombreux dans cette salle, je perçois toujours de la frustration.

Nous avons beaucoup de mal, en tant que membres du Comité, à nous faire une idée juste de la situation véritable, beaucoup de mal. On nous dit des vérités, on nous dit des demi-vérités. On nous donne des impressions, on nous donne des faits.

Deux fois ce matin j'ai entendu dire que le Bill C-3 n'a rien à voir avec le régime de santé. Je peux vous dire que deux groupes différents de notre société—non pas un groupe, mais une personnalité—le juge Hall, par exemple, pense que cela a beaucoup à voir avec la qualité des soins de santé. D'autres groupes sont les Canadiens moyens: La Ligue anti-pauvreté, par exemple, La Coalition des consommateurs; ils viennent nous voir, mais ils ne sont pas des experts, la salle ne vibre pas comme lorsque vous êtes là. Ils sont tranquilles, ils n'ont pas vos connaissances ni votre savoir-faire.

[Texte]

As an MP in my office, and with the contacts I have with the people, I know what their needs are. These people come to us. Would you believe me when I tell you that the major concern for all of them is accessibility? I am sure if I were to ask them if they were to choose between accessibility and quality of the expert, they would answer me, I want to be able to have a doctor right away and not have to shop around for the one who will not have the extra bill at the end; because they do not have the money. They just do not have it.

The situation in Canada, with so much unemployment, is difficult for a lot more people than before. The most difficult job we have in our office is dealing with those unemployed heads of families, whether they are single women or—sometimes the men too are out of jobs.

I have difficulty. On the one hand I think it was Dr. Gray, from Alberta, who said the Minister should not make any changes without doing basic homework, or something to that effect. On the other hand, I rather felt an accusation, because the Minister did a survey, and it was qualified as a “perception” of what the Minister “felt” was across the country. My analysis of the survey the Minister made is it was a very clear indication of what the ordinary Canadian citizen would like to get from the system.

Now, I do have a question, and I think it would be aimed at almost anyone able to answer, because it has to do with all of your provincial governments. When you say to me that your profession was not approached by the Minister directly, I think we are dealing with the provincial governments and that you are dealing with your provincial government, because it is decentralized that way as far as negotiation goes. So you are negotiating with your provincial government. We have had in front of us many groups that have advocated a less costly way of giving services, such as the store-front clinic, community centres, home care, and many other ways, maybe giving services that would be less costly. Are you ready to go back and negotiate this new decentralization approach with your Ministers, respectively? And when you do, are you going to be dealing with only the Minister of Health, or are you going to be dealing with the Minister of Finance as well? You are telling me it is a financial problem.

Do you understand my question? I would like to have some feedback from you.

The Chairman: Dr. Gray.

Dr. Gray: Mr. Chairman, I have just one question. What kind of consultation has the Minister of Finance or the federal government had with the provincial Finance Ministers, other than one or two meetings?

Mrs. Killens: We are all experts in our own way on this side of the table, and the person who has the statistics on those meetings that the Minister had—and it is a long list that was rattled off yesterday; you will find it in Hansard... so there has been an awful lot of consultation.

The Chairman: I think, Dr. Gray, it is fair to say the Ministers do meet quite frequently, and also at the top official

[Traduction]

De par les contacts que j'ai avec la population, en tant que député, je sais quels sont les besoins du public. Les gens viennent nous voir. Croirez-vous que leur principal souci à tous est l'accessibilité? Je suis sûr que si vous leur donnez à choisir entre l'accessibilité et la compétence de l'expert, ils vous répondront qu'ils souhaitent pouvoir consulter un médecin tout de suite sans être obligés de chercher pour en trouver un qui ne va pas leur présenter une facture parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer.

Avec le taux de chômage que nous avons au Canada, la vie est devenue beaucoup plus difficile pour un grand nombre de gens. Les cas les plus dramatiques que nous voyons défiler dans nos bureaux sont ceux des chefs de famille chômeurs, qu'il s'agisse de femmes seules ou d'hommes avec charge de famille.

J'ai beaucoup de difficultés. D'un côté, le Dr Gray de l'Alberta, je crois, nous dit que le ministre ne doit rien changer sans s'informer ou quelque chose de ce genre. Par contre, lorsque le ministre a effectué un sondage, on l'a qualifié d'«impression», de ce que le ministre «percevait» chez le public, et cela se voulait une accusation. Mon analyse du sondage du ministre est qu'il indique très clairement ce que le Canadien moyen attend du système.

J'ai maintenant une question à poser et je l'adresse à quiconque voudra y répondre, car elle intéresse tous vos gouvernements provinciaux. Lorsque vous me dites que le ministre n'a pas pris contact directement avec votre profession, je crois que vous relevez des gouvernements provinciaux et que c'est avec eux que vous négociez dans notre système décentralisé. C'est donc avec votre gouvernement provincial qu'il vous faut négocier. Nous avons vu de nombreux groupes qui prônaient des façons de soigner moins coûteuses, comme les centres communautaires, les soins à domicile et divers autres moyens, qui permettraient de réaliser des économies. Allez-vous vous adresser à vos ministres respectifs pour négocier avec eux cette approche nouvelle de la décentralisation? Lorsque vous le ferez, allez-vous vous adresser uniquement au ministre de la Santé ou bien également au ministre des Finances? Vous nous dites que le problème est d'ordre financier.

Comprenez-vous ma question? J'aimerais connaître votre point de vue.

Le président: Docteur Gray.

Dr Gray: Monsieur le président, je n'ai qu'une question. Quelles sortes de consultations le ministre des Finances ou le gouvernement fédéral a-t-il menées avec les ministres des Finances provinciaux, à part une ou deux rencontres?

Mme Killens: Nous sommes tous des experts à notre façon de ce côté-ci de la table et nous savons combien de réunions le ministre a tenues—et c'est une longue liste que l'on nous a lue hier, vous la trouverez dans le harsard—il y a donc eu énormément de concertation.

Le président: Il est juste de dire, docteur Gray, que les ministres se rencontrent très fréquemment et que les contacts sont également nombreux au niveau des hauts fonctionnaires,

[Text]

level they meet quite frequently—the Finance Ministers and their top officials.

• 1330

Dr. Gray: I was speaking with my Minister of Health some two weeks ago on this very subject.

The Chairman: I thought you were talking about Finance Ministers.

Dr. Gray: Yes, I was speaking to the Health Minister on the subject of financing for the health care system and asked how much consultation had occurred on the health care system between the Minister of Finance—so that was second-hand information, but from the Minister of Finance of the province and the federal government—and it was very little. There have been, really, almost no significant discussions as to the implications of this Bill for the health care financing system.

The Chairman: They do meet frequently at the official level and elsewhere—I will get back to you, Mrs. Killens—and if there has been no discussion probably one side or the other has not . . . [Inaudible—Editor]

Dr. Gray: To answer the question she did ask, when we meet with our provincial government . . . and we do not call it negotiations; we call it review of the schedule of benefits since it is not negotiations . . . until two years ago, when we struck a committee to try to resolve the acrimony that developed, we met with the Department of Health and the Department of Finance and the Department of Labour.

The Chairman: Were there any more comments on Mrs. Killen's question?

Mrs. Killens.

Mrs. Killens: I would like to read into the record the list of the meetings and consultations we have had with provincial governments.

Dr. Gray: On financial aspects of health care?

Mrs. Killens: Yes. In 1979-80, the Hall report; September 1980, federal-provincial meeting of Health Ministers; November 1980, federal-provincial meeting of deputy ministers; February 1981, federal-provincial meeting of deputy ministers followed by a series of interdepartmental meetings at the official level; August 1981, parliamentary committee on federal-provincial fiscal arrangements chaired by Herb Breau; May 1982, federal-provincial meeting of Health Ministers; summer of 1982, a series of meetings on official level; August 1982, federal-provincial meeting of officials followed by ad hoc provincial meetings; September 1982, federal-provincial deputy minister meetings; federal Minister continued to meet with provincial Ministers, some on more than one occasion; September 1983, federal-provincial meeting of Health Ministers; January 1984, federal Minister continues to meet with all the provincial Ministers. That makes in three years the Hall report, three federal-provincial Health Ministers meetings, three federal-provincial deputy ministers meetings, many, many continuing meetings at the official level and numerous federal-provincial health ministry meetings on a

[Translation]

très exactement des ministres des Finances et de leurs proches collaborateurs.

Dr Gray: J'ai encore parlé de cela même au ministre de la Santé il y a deux semaines.

Le président: Je croyais que vous parliez à des ministres des Finances.

Dr Gray: Oui, je parlais avec le ministre de la Santé du financement du système de santé et je lui ai demandé quelle concertation avait eu lieu là-dessus avec le ministre des Finances—c'est donc un renseignement de deuxième main mais venant du ministre des Finances de la province et du gouvernement fédéral—et la réponse est qu'il y en a très peu. Il n'y a pratiquement pas eu de discussions sur les conséquences de ce projet de loi sur le financement du système de santé.

Le président: Ils se rencontrent fréquemment au niveau des hauts fonctionnaires et ailleurs—je reviendrai à vous, madame Killens—et s'il n'y a pas eu de discussion c'est que l'une ou l'autre des parties n'a pas . . . [Inaudible—éditeur]

Dr Gray: Pour répondre à la question qu'elle a posée, lorsque nous rencontrons notre gouvernement provincial—et nous n'appelons pas cela des négociations, nous l'appelons examen du barème des prestations puisqu'il ne s'agit pas de négociations—nous traitons jusqu'il y a deux ans avec le ministère de la Santé et le ministère des Finances et celui du Travail, avant que soit formé un comité pour essayer de surmonter l'acrimonie qui s'est faite jour.

Le président: Y a-t-il d'autres réponses à la question de M^{me} Killens?

Madame Killens.

Mme Killens: J'aimerais lire aux fins du procès-verbal la liste des réunions et des rencontres que nous avons eues avec les gouvernements provinciaux.

Dr Gray: Sur le financement de la santé?

Mme Killens: Oui. En 1979-1980, le rapport Hall; septembre 1980, réunion fédérale-provinciale des ministres de la Santé; novembre 1980, réunion fédérale-provinciale des sous-ministres; février 1981, réunion fédérale-provinciale des sous-ministres suivie d'une série de réunions interministérielles au niveau des hauts fonctionnaires; août 1981, comité parlementaire sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux, présidé par Herb Breau; mai 1982, réunion fédérale-provinciale des ministres de la Santé; été 1982, série de réunions au niveau des fonctionnaires; août 1982, réunion fédérale-provinciale des fonctionnaires, suivie de réunions provinciales ad hoc; septembre 1982, réunion fédérale-provinciale des sous-ministres; le ministre fédéral a continué à rencontrer les ministres provinciaux, certains à plusieurs reprises; septembre 1983, réunion fédérale-provinciale des ministres de la Santé; janvier 1984, le ministre fédéral continue de rencontrer tous les ministres provinciaux. Dans les trois années depuis le rapport Hall, cela fait donc trois réunions fédérales-provinciales des ministres de la Santé, trois réunions fédérales-provinciales des sous-ministres, de nombreuses réunions au niveau des fonction-

[Texte]

bilateral basis. In addition, medicare financing was discussed at a total of 11 federal-provincial Finance Ministers meetings during the same period; that is, from 1980 to January 1984.

Dr. Gray: Thank you.

The Chairman: Ladies and gentlemen and witnesses, I have Dr. Halliday on the first round still and Mr. Epp on the second round. As you can see, at least your fears of not having a good hearing have not been realized. We are very pleased to be able to stay and carry on as long as you wish, but the Question Period does start at 2.00 p.m. and we have been here since 9.00 a.m.

Dr. Halliday, carry on.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Inasmuch as my questions have been well answered by the witnesses today . . . they have provided very good testimony—I would like to give my time, if I may, to my colleague Mr. Epp, who I know has some special questions he would like to ask.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to thank my colleague.

It is interesting that my friend put forward that whole list of meetings. I say to her, with all the kindness I can, and to the officials here that the problem has always been in those negotiations, if in fact those are consultations at best. The problem has always been that the Minister of Health has always argued that her responsibility is health and not financing, but absolutely you cannot divide those two into those kinds of solitudes. I think the best expression was in September 1983 in Halifax when the Ministers of Health across the country met with her and wanted to discuss not only her agenda but also financing. She stomped out after an hour and a half and said it was a waste of time because she was not going to discuss financing. I think that is part of the problem this committee faces because that is also history, and if we want to make the record complete let us make it complete.

The other point . . . I regret that Mr. Blaikie is not here—and that is no evaluation that he has not been here. He mentioned, for example, that it should not be a physician-centred kind of system. I find it very interesting when I look at the Minister's polling as well as the update—and I am very indebted to the people in the department who feel that we should have the poll as quickly as the Minister has it. I have appreciated them through these months. It is very interesting that when we look at the Minister's polling, all the polling that has been done, when Canadians are asked who best is able to preserve the health care system, doctors, health care professionals outweigh us politicians three and four to one every time.

• 1335

So let us be very careful which kettle we are trying to paint black around this place. I think it is important for us to take a

[Traduction]

naires et de nombreuses réunions bilatérales entre le ministre fédéral et ses homologues provinciaux. En outre, le financement de l'assurance-maladie a été débattu dans un total de 11 réunions fédérales-provinciales des ministres des Finances, dans la même période, à savoir de 1980 à janvier 1984.

Dr Gray: Je vous remercie.

Le président: Mesdames et messieurs, j'ai le docteur Halliday pour son premier tour de questions et M. Epp à son deuxième. Ainsi que vous pouvez le constater, vos craintes de ne pas être abondamment entendus ne se matérialisent pas. Nous sommes heureux d'avoir pu rester et prolonger cette séance aussi longtemps que vous le souhaitez, mais la période des questions commence à 14 heures et nous sommes là depuis 9 heures.

Docteur Halliday, allez-y.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président.

Dans la mesure où les témoins ont déjà bien répondu aux questions que j'allais poser, je vais céder mon temps de parole, si vous le permettez, à mon collègue M. Epp qui a des questions qu'il tient beaucoup à poser.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

Merci tout d'abord à mon collègue.

Cette longue liste de rencontres citée par ma collègue est intéressante. Je lui dirai cependant, avec toute l'amabilité dont je suis capable, que le problème dans ces négociations—il s'agit plutôt de concertations, au mieux—c'est que le ministre de la Santé a toujours prétendu qu'elle est responsable de la santé et non pas du financement, alors qu'il est absolument impossible de distinguer ce genre de solitude dans cet ensemble. Le meilleur exemple en a été donné en septembre 1983 à Halifax lorsque les ministres de la Santé du pays l'ont rencontrée et voulaient aborder non seulement son ordre du jour mais également le financement. Elle est partie avec fracas au bout d'une heure et demie disant que c'était une perte de temps et qu'elle ne voulait pas parler du financement. Cela aussi fait partie de l'histoire et doit être dit si l'on veut dire les choses comme elles sont.

Par ailleurs . . . je regrette que M. Blaikie ne soit pas ici, mais cela n'est pas un reproche. Il a dit, par exemple, que le système ne doit pas être centré sur les médecins. C'est très intéressant lorsqu'on regarde le sondage du ministre—et je suis reconnaissant aux fonctionnaires du ministère de nous l'avoir remis en même temps qu'au ministre. Je les ai beaucoup appréciés tous ces derniers mois. Il est très intéressant de noter, alors qu'on regarde les sondages du ministre, que lorsqu'on demande aux Canadiens qui est le mieux en mesure de préserver le système de santé, les médecins et les professionnels de la santé l'emportent chaque fois de trois ou quatre longueurs.

Il faut donc être très prudent avant de peindre les gens en noir et il nous faut bien regarder quelle est la réaction des

[Text]

look at what is the Canadian reaction. So I want to spend some time with you, Dr. Heywood, and I appreciate your patience here, but sometimes the centre of Canada has to wait for the end.

I would like to go back to those incidents in Manitoba. I say to you bluntly, sir, that in all my evaluation—it could be wrong and it might even be limited, as some have implied—Canadians have a tremendous trust for their individual physician. They have a great deal of respect for them and for the nursing profession. When your association—and I have been a member of a different association in different incarnations . . . threatens job action, industrial strategies or strikes, then suddenly we see the public opinion of the group plummet. I am not trying to be critical . . . That is my reading of the evidence.

And that also happened, I would respectfully submit, in Manitoba, in 1982. I respectfully submit that, but I think as I speak to medical practitioners whom I know in Manitoba, they would generally concede that. Obviously, one of the dilemmas of the proposed Canada Health Act is that it is going to rejig the system, an equilibrium develops. In British Columbia it is an equilibrium that is developed through the British Columbia system; Alberta has another one. Premiums are part of it. There is no way, if you collect \$200 million of premiums and say, well, look, let us not have premiums, we will put it on the tax system, that it is simply a \$200 million transfer from one side to the other and everything else remains the same. That is not life. There are equilibriums in the economic system.

So what I want to pursue with you, Dr. Heywood, is this approach of attempting to be as fair as the system allows me to be. I am not talking about the ideal because that is not the world in which we live. But you have put forward today the whole question of arbitration, and yet you are willing to go that route. When I go back to the earlier days in Manitoba there were other configurations.

Are you saying today, that when you speak of Manitobans, that generally through the medical profession you would accept an arbitration route or, and I do not like the word but I will use it, the Public Service Staff Relations Act, using the other routing of negotiation? In other words, you can determine at an early stage and then announce, let us put it that way, which route you are going to take. Is that acceptable to you? Do you feel the system would bring some sense of fairness back?

Dr. Heywood: There is no doubt, Mr. Epp, that the physicians of Manitoba have traditionally . . . and I am sure you are aware of this—tired of the annual confrontation which has taken place over fee negotiations. One of the points which Mr. Blaikie raised was the question of physician income, as if that were the only item physicians were actually interested in.

In answer to your question, and linking the two together, physicians in Manitoba are not solely interested in their interaction with governments on the question of fee schedules.

Mr. Epp: I appreciate that.

Dr. Heywood: History shows that in Manitoba there has been a particularly bad sequence regarding the increments to

[Translation]

Canadiens. C'est pourquoi j'aimerais vous consacrer quelque temps, docteur Heywood, et j'apprécie votre patience; parfois le centre du Canada doit attendre jusqu'à la fin.

J'aimerais revenir à ces incidents au Manitoba. Je vous dis carrément que, à ce que je peux en juger—je me trompe peut-être et ma vision est peut-être limitée comme certains l'ont laissé entendre—les Canadiens portent une confiance énorme à leur médecin personnel. Ils le tiennent en haute estime, ainsi que la profession des infirmières. Lorsque votre Association—et j'ai été membre de diverses associations à divers titres—menace des arrêts de travail, des grèves, l'estime dont vous jouissez dans l'opinion publique s'effondre. Je ne dis pas cela pour critiquer . . . Je ne fais que citer les faits tels que je les vois.

Cela s'est également produit au Manitoba en 1982. Lorsque j'en parle aux médecins que je connais au Manitoba, ils le reconnaissent. L'un des dilemmes que pose ce projet de loi est qu'il va secouer les fondements du système et qu'un nouvel équilibre va se dégager. En Colombie-Britannique, cet équilibre n'est pas le même qu'en Alberta. Il est fondé sur les cotisations et il ne suffit pas de dire, si l'on renonce à 200 millions de cotisations, qu'on va puiser cet argent dans les recettes fiscales et que tout le reste sera inchangé. Les choses ne se passent pas ainsi, il y a des équilibres dans le système économique.

Ce dont je voudrais donc parler avec vous, docteur Heywood, est cette tentative d'être aussi juste que le système me permet de l'être. Je ne veux pas parler de l'idéal, car il est inaccessible dans le monde où nous vivons. Vous avez évoqué toute cette question de l'arbitrage et vous dites que vous êtes disposés à suivre cette voie. Ce n'était pas le cas, dans le temps, au Manitoba.

Êtes-vous disposés aujourd'hui, est-ce que la profession médicale du Manitoba est disposée aujourd'hui à suivre la voie de l'arbitrage et celle—même si je n'aime pas le terme—de la loi sur les relations de travail dans la Fonction publique au sujet des négociations? En d'autres termes, vous décidez dès le début la voie que vous choisissez et vous l'annoncez. Est-ce que cela vous paraîtrait acceptable? Pensez-vous que cela rétablirait une certaine équité?

Dr. Heywood: Il n'est pas douteux, monsieur Epp, que les médecins du Manitoba sont las de cette confrontation annuelle dans les négociations sur les honoraires. Je suis sûr que vous en avez conscience. M. Blaikie a évoqué la question du revenu des médecins, comme si c'était la seule chose qui les intéresse.

En réponse à votre question, et pour relier les deux, les médecins du Manitoba ne sont pas intéressés uniquement à négocier avec les gouvernements sur la question de leur revenu.

M. Epp: Je le sais.

Dr. Heywood: L'histoire montre qu'au Manitoba les choses se sont particulièrement mal passées concernant l'augmenta-

[Texte]

the fee schedule. The way in which physicians addressed this was by attempting to find some methodology with regard to the fee schedule, so that we could engage in matters which we, as a professional group of individuals, thought were far more beneficial to our patients, to the government, and to ourselves. Over the course of a number of years that ideology has developed. I am sure you have watched that and you are alluding to that when you speak.

• 1340

Yes, as a profession in Manitoba . . . we have had a referendum on this and I can speak quite clearly to that—we do see the arbitration process being a possible end point. This is not to say that we would actually enter negotiations with the concept of necessarily going the arbitration-mediation route, but merely having that as a dispute-resolving mechanism in the event of us not being able to come to a negotiated settlement.

Of course, we anticipate that negotiations will continue. We believe that although there was an unfortunate incident in 1982, when I think the frustrations of the Manitoba physicians boiled over, it took a lot of heart-searching before physicians took that action. You have alluded to this as well. I agree with you. I think not only did the public feel badly about it, so did physicians. I think it was a learning experience for everybody, for patients, for physicians and also I believe for the provincial Government of Manitoba. Having gone through that experience, I believe that both sides of the negotiation process, the government and the physicians, learned a lot from it. We have come to appreciate that the negotiation process is important and that it should include far more than dollars and cents. We believe that the type of relationship which we have developed with the Manitoba government at the present time has been enhanced by that job action, by strike action, call it what you will.

We believe that at the present time we are moving closer and closer towards resolving the particular problems in Manitoba. I believe furthermore that Bill C-3 creates certain problems for the Manitoba government. We are, as has been said by my colleagues, not directly involved. We are peripherally involved in the politics of the situation. We see Bill C-3 as being a problem for Manitoba and I believe in actual fact the provincial government is going to have to resolve that. However, we will assist the government in resolving that problem to the best of our ability wherever possible. Such are the relationships we now have with government.

Mr. Epp: Could I ask the other gentlemen? Obviously, the history is different for each province. Do you feel you need that kind of a backstop if the bill would pass in relatively the form we see it today?

The Chairman: Dr. Rigby.

Dr. Rigby: Mr. Chairman, I think it poses some problems for us. As you are aware and it was alluded to, we have never balance bill in British Columbia. The mechanism has always been there. It has constrained us from asking too much. It has constrained government for offering too little. It was a perfect control mechanism. You have heard that what has happened since that has been abolished is that our negotiating power or

[Traduction]

tion du barème des honoraires. Nous avons donc essayé de trouver une méthode pour l'établissement de ce barème de façon à pouvoir nous attaquer à d'autres questions qui nous paraissent beaucoup plus bénéfiques pour nos patients, le gouvernement et nous-mêmes. C'est une tendance qui s'est dégagée au cours des années, je suis sûr que vous l'avez observée et que c'est à cela que vous faites allusion.

Nous avons tenu un référendum là-dessus au sein de la profession au Manitoba et, je peux le dire sans équivoque, nous envisageons l'arbitrage comme une possibilité. Cela ne signifie pas que nous allons nécessairement entamer les négociations en comptant au départ aboutir à l'arbitrage, mais ce sera un moyen de résoudre les conflits si nous ne parvenons pas à négocier un accord.

Bien sûr, nous prévoyons de continuer à négocier. En dépit de l'incident regrettable qui s'est produit en 1982, lorsque le ressentiment des médecins du Manitoba a explosé, cela n'a pas été sans une grave crise de conscience. Vous y avez fait allusion également et je suis d'accord avec vous. Non seulement le public l'a mal pris, mais les médecins également. Cela a été une leçon pour tout le monde, les malades, les médecins mais également le gouvernement provincial du Manitoba. Ayant subi cette expérience, je crois aujourd'hui que les deux parties à la négociation, le gouvernement et les médecins, en ont tiré les leçons. Nous avons compris que le processus de négociations est une chose importante et ne doit pas se limiter aux gros sous. Nous croyons que les relations que nous avons maintenant avec le gouvernement du Manitoba ont bénéficié de cette action, de cet arrêt de travail ou de cette grève, appelez les choses comme vous voulez.

Nous croyons que nous nous rapprochons de plus en plus d'une solution de ce problème en particulier au Manitoba. Nous croyons en outre que le projet de loi C-3 crée certains problèmes au gouvernement provincial. Nous ne sommes pas directement en cause, ainsi que mes collègues l'ont dit, mais nous sommes entraînés dans le tourbillon politique. Nous croyons que le projet de loi C-3 pose un problème au Manitoba et que le gouvernement provincial devra le résoudre. Nous l'y aiderons de notre mieux. Voilà donc l'état de nos relations avec le gouvernement.

M. Epp: Puis-je poser la question à l'autre témoin? Il est évident que la situation diffère dans chaque province. Pensez-vous que ce genre de mécanisme sera nécessaire si le projet de loi est adopté dans sa forme actuelle?

Le président: Docteur Rigby.

Dr Rigby: Monsieur le président, cela nous pose quelques problèmes. Comme vous le savez, nous n'avons pas la surfacturation en Colombie-Britannique. Le mécanisme existe depuis toujours, il nous a empêchés de trop exiger et a empêché le gouvernement de nous offrir trop peu. C'était un mécanisme de contrôle parfait. Vous avez entendu ce qu'il en est advenu depuis, notre pouvoir de négociations a été aboli depuis trois

[Text]

lever, if you like, has been abolished, much to our detriment over the last three years. I am very sensitive to what has been said, that when we take job action or strike or do all these things which are anathema to us, it destroys our image, it destroys our credibility. The unfortunate thing is that, as the options are taken away from us, what recourse do we have? I think the recourses that are being developed or thought of, in terms of arbitration, conciliation or other mechanisms, are things that we have to face, hopefully not to use them unless we can in some way redress that balance between our provincial masters and the provincial associations.

I think it is the removal of those options that make it very difficult for us. I personally, as a professional and as a physician, would regret very deeply anything that propelled us into taking those sort of industrial actions which are so much an anathema to us because we like to think we are caring people and that our primary object in life is to look after patients and do our best for them, not hurt them by withdrawing services. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Dr. Duke.

• 1345

Dr. Duke: I was going to say that the Saskatchewan mechanism of consultation has worked since 1962. We have not had the provinces' physicians in a position where they could justify withdrawal of services on monetary issues. We feel our system of consultation is working. Our provincial government is satisfied with the mechanism we have, a mechanism of consultation not necessarily agreement; I pointed that out when I reviewed our brief. If by means of this bill there is some fiscal pressure placed on our provincial government, they may be encouraged to change unilaterally the agreed working formula we have had in Saskatchewan for over 20 years, leaving us with no lever because we have no necessary agreement on our own physicians' service payments.

Our prime concern here . . . in Saskatchewan our government is not concerned over the level of direct-billing. As I pointed out, direct billing has served as a mechanism to avoid physicians getting into the position where they could justify withdrawal of services. Our major concerns are related not to the non-issues of user fees and doctors' direct-billing, but to the true factors; that is, related to the under-funding and the rationing of health care due to fiscal policies. Once it gets into levels of government . . . whether provincial or federal—to the practising physician it really does not matter where the dollars come from. Collectively governments have sold to the public that they are going to assume the bill-paying responsibility. You have got that ball; the people have given you the ball, and you have gladly carried it into just about every election I can think of. Carry it responsibly, and when there is rationing of medical care in Canada because of fiscal policies, sit back and look at yourselves. We are telling you that this occurs. We, as practising physicians who know that our patients look to us as advocates on their behalf, are telling you there is rationing of health care in Canada because of the fiscal constrictions

[Translation]

ans, à notre grand détriment. Je suis très sensible à ce que vous avez dit concernant le ressentiment que nous suscitons lorsque nous nous mettons en grève ou faisons toutes ces choses qui sont pour nous anathèmes, cela détruit notre image, cela détruit notre crédibilité. Malheureusement, on nous enlève toutes nos options les unes après les autres et quel autre recours avons-nous? Ces autres recours que l'on propose, l'arbitrage, la conciliation ou les autres mécanismes, nous devons les prendre en considération en espérant ne pas avoir à s'en servir et parvenir autrement à rétablir cet équilibre entre les autorités provinciales et nous-mêmes.

C'est la suppression de ces options qui nous a compliqué les choses. Personnellement, en tant que professionnel et en tant que médecin, je déplorerais profondément d'être acculé à recourir à ces formes de lutte qui sont pour nous une hérésie car nous considérons que notre rôle dans la vie est de soigner les gens au mieux et non pas de leur faire du tort en refusant nos services. Merci, monsieur le président.

Le président: Docteur Duke.

Dr Duke: J'allais dire que le mécanisme de concertation en Saskatchewan fonctionne depuis 1962. Jamais les médecins de la province ne se sont trouvés en situation de pouvoir refuser leurs services avec justification pour des raisons monétaires. Nous pensons que notre système de concertation fonctionne bien. Le gouvernement provincial en est satisfait, mais c'est un mécanisme de concertation qui ne débouche pas nécessairement sur l'accord; je l'ai signalé en présentant notre mémoire. Si, par ce projet de loi, une pression financière est exercée sur notre gouvernement provincial, cela risque de l'encourager à modifier unilatéralement la formule qui est suivie avec succès depuis 20 ans en Saskatchewan, nous laissant sans aucun moyen d'action car notre accord sur le barème des honoraires n'est pas nécessaire.

Notre première préoccupation ici . . . en Saskatchewan notre gouvernement ne s'inquiète pas de l'ampleur de la facturation directe. Comme je l'ai dit, cette facturation directe a été un mécanisme pour éviter que les médecins puissent justifier un retrait de leurs services. Ce qui nous inquiète, ce ne sont pas les faux problèmes du ticket modérateur et de la facturation directe mais les vrais facteurs, à savoir l'insuffisance des crédits et le rationnement des soins médicaux par suite de la politique fiscale. Peu importe aux médecins d'où vient l'argent, puisque c'est de toute façon du gouvernement, qu'il soit provincial ou fédéral. Les gouvernements, collectivement, ont persuadé le public qu'ils vont payer eux-mêmes les factures. La balle est dans votre camp, le public vous l'a donnée et vous l'avez joyeusement portée dans toutes les élections. Faites-en un bon usage et lorsque les soins médicaux au Canada seront rationnés par suite des politiques fiscales, regardez-vous dans la glace. Nous vous disons que ce rationnement existe. Nous, les médecins en exercice, nous savons que les patients attendent de nous que nous les défendions et nous vous disons que les soins médicaux au Canada sont rationnés à cause des

[Texte]

placed on the health care delivery system. It is your responsibility to pay the bill.

The Chairman: I guess we think taxpayers pay the bills, not politicians. Dr. Gray.

Dr. Gray: Firstly, the system has worked reasonably well in the Province of Alberta. We have had a negotiating committee that met on several occasions each year to try and hammer out agreements, some of them not so good, some of them good, from whichever point of view you looked at.

We did go into—as they call it—the annual turkey dance again a couple of years ago, and it was dissatisfying. We took some job actions, and to reiterate the other experiences, we did not like it; it was effective. In order to avoid that, but not wanting to go into binding arbitration, we set up a committee with the government with two lay members on it. I gather the government felt the same as we did, that our cases would be so obvious we would convince the lay people of the problems that were involved.

I would like to say, whether the government or ourselves have been successful over the last three years, I think we were more successful in presenting some of our cases in that the recommendation from the committee, which was supported by the two lay members, was accepted by the association and not by government. Government then unilaterally imposed their increases, this year being a zero.

Mr. Epp: That is why the solution is not quite clear to me.

Dr. Gray: To a degree the solution has been that balanced billing is there as a release mechanism and an option. It is not worth a lot of money; as a matter of fact it is less than half of the percentage of the health care budget. So it is a small amount of money, and now Alberta Health Care Insurance payments are less than 3%. From September 1979 to the present day, it has fallen over 2%. It was not a large amount to start with; it has fallen, and I think this shows that in light of a poor settlement in the last two years—in spite of that—the physicians have been aware of the economic hard times, that there are problems in reducing it, in spite of the fact they have had a poor settlement

• 1350

If you are suggesting, as was mentioned last night in the conversation, you have gone beyond the edge of the cliff and you are about to push me over—you are asking me whether I would like a safety net or not—then I guess the answer is obvious. So do I want some mechanism to ensure that I am adequately taken care of as far as my profession goes? Yes, I would rather not be on the edge of the cliff, to tell you the truth.

Mr. Epp: Thank you.

Mr. Chairman, I want to thank my colleagues for giving me the time.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp, and thank you, Dr. McPherson and gentlemen, for waiting all morning and for

[Traduction]

contraintes budgétaires imposées au système. C'est à vous de payer la facture.

Le président: Ce sont les contribuables qui payent la facture, ce ne sont pas les politiques. Docteur Gray.

Dr Gray: Au début, le système fonctionnait raisonnablement bien en Alberta. Nous avions un comité de négociation qui se réunissait plusieurs fois chaque année pour essayer de dégager des accords, dont certains étaient bons et d'autres moins, selon le point de vue.

Il y a quelques années, nous avons réouvert la sarabande annuelle sans parvenir à un résultat satisfaisant. Nous avons déclenché des arrêts de travail et, comme les médecins des autres provinces, c'était à contrecœur mais efficace. Pour éviter cela, mais ne voulant pas nous engager dans l'arbitrage obligatoire, nous avons mis sur pied un comité avec le gouvernement, où siègent deux non-médecins. J'imagine que le gouvernement pensait comme nous, que la valeur de nos arguments serait tellement évidente que nous pourrions convaincre les profanes de la justesse de notre cause.

Nous semblons y avoir mieux réussi dans la mesure où la recommandation de ce comité, approuvée par les deux profanes, a été acceptée par l'Association mais rejetée par le gouvernement. Celui-ci a alors imposé unilatéralement son augmentation, qui est nulle cette année.

M. Epp: C'est pourquoi je ne vois pas la solution.

Dr Gray: Dans une certaine mesure, la solution a été la facturation compensatoire qui constituait une sorte de soupape de sûreté. Cela ne rapporte pas beaucoup d'argent, en fait moins d'un demi p. 100 du budget de la santé. C'est donc peu de chose et les cotisations au régime d'assurance-maladie de l'Alberta qui représentaient 3 p. 100 en 1979 sont tombées à 2 p. 100. Ce n'était déjà pas beaucoup, mais le pourcentage a encore diminué et cela montre bien que, en dépit des mauvais résultats obtenus ces deux dernières années, les médecins ont pris conscience des difficultés économiques et qu'il est difficile de les réduire encore davantage, même avec l'austérité qui nous est imposée.

Si vous nous dites, comme on l'a dit hier soir, que nous sommes au bord du gouffre et que vous allez me pousser—et est-ce que je voudrais un filet de sécurité—alors, la réponse est évidente. Est-ce que je souhaite un mécanisme qui va me protéger, moi et ma profession? Oui, mais je préférerais franchement ne pas être au bord du gouffre, pour vous dire la vérité.

M. Epp: Je vous remercie.

Monsieur le président, je tiens à remercier mes collègues de m'avoir donné du temps.

Le président: Je vous remercie, monsieur Epp, ainsi que vous, docteur McPherson, et vos collègues, d'avoir attendu

[Text]

giving us the benefit of your expert advice for the last hour and a half. Thank you again very much.

The meeting is adjourned.

AFTERNOON SITTING

• 1530

The Chairman: Order, please. I call to order this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act, and we are pleased to have with us this afternoon the Minister of Social Affairs from Quebec, the Hon. Pierre-Marc Johnson.

We have received your brief, Mr. Minister, and from talking to you just now, I understand you would like to comment on it for about 20 minutes or so, and you would then be open for questions from all sides of the table. We would like to go until about 5.00 p.m., since we have another group we are going to hear if at all possible before a vote on our own budget towards 6.00 p.m.

Mr. Lachance, a point of order.

M. Lachance: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Pour la gouverne des intervenants du milieu de la santé qui accompagnent le ministre Johnson cet après-midi, j'aimerais souligner une distinction qui existe entre l'Assemblée nationale et la Chambre des communes: lorsqu'un projet de loi est déposé à l'Assemblée nationale, le parrain du projet de loi défend lui-même son projet de loi en commission parlementaire et dirige le débat. Au Parlement du Canada, un ministre parrain n'a pas le droit de parole devant le comité permanent qui s'occupe du projet de loi, ce qui explique que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être présente puisqu'elle n'aurait pas le droit de parole, cet après-midi. Mais je puis assurer le ministre québécois qu'elle suivra les délibérations de cet après-midi avec beaucoup d'attention et qu'elle y attirera l'attention de tous les fonctionnaires intéressés par la présentation de cet après-midi. Merci, monsieur le président.

The Chairman: Thank you, Mr. Lachance.

Mr. Minister, would you commence?

M. Pierre-Marc Johnson (ministre des Affaires sociales du Québec): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité de la Chambre des communes, vous me permettez d'abord de vous remercier de recevoir la délégation du Québec cet après-midi.

Vous comprendrez que la présence d'un représentant du gouvernement du Québec devant un comité de la Chambre des communes revêt, comme vous le savez, un caractère exceptionnel. Seul un enjeu considéré par le Québec d'une importance capitale et essentielle au bien-être de la société québécoise justifie cette initiative qui ne saurait pour autant être considé-

[Translation]

toute la matinée et de nous avoir fait profiter de vos conseils avisés durant cette heure et demie. Merci infiniment.

La séance est levée.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je déclare cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales ouverte.

Nous allons continuer notre étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous sommes très heureux d'avoir parmi nous cet après-midi le ministre des Affaires sociales du Québec, l'honorable Pierre-Marc Johnson.

Nous avons reçu votre mémoire, monsieur le ministre, et d'après ce que vous venez de me dire, si j'ai bien compris, vous aimeriez passer à peu près 20 minutes à commenter ce mémoire, et ensuite, vous serez prêt à répondre aux questions des députés de tous les partis. Nous avons l'intention de continuer jusqu'à 17 heures, car il y a un autre groupe de témoins que nous aimerions écouter, si possible, avant le vote sur notre budget, vers 18 heures.

Monsieur Lachance, un rappel au Règlement.

Mr. Lachance: A point of order, Mr. Chairman.

For the benefit of representatives of the health community accompanying the Minister, Mr. Johnson, this afternoon, I would like to point out a difference which exists between the National Assembly and the House of Commons: When a bill is tabled in the National Assembly, its sponsor actually defends his bill in the parliamentary commission and heads the debate. In the Canadian Parliament, the sponsoring minister does not have the right to speak before the standing committee which is studying the bill, and that is why the Minister of National Health and Welfare cannot be present this afternoon, because she does not have the right to speak on the bill. I would like to ensure the Quebec minister, however, that she will give a great deal of attention to this afternoon's proceedings and will make sure that all officials concerned in the matter are made aware of your presentation today. Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Merci, monsieur Lachance.

Monsieur le ministre, commencez, s'il vous plaît.

Mr. Pierre-Marc Johnson (Minister of Social Affairs for Québec): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, members of the committee, I would first like to thank you for receiving Québec's delegation this afternoon.

As you are well aware, the presence of a representative of the *Gouvernement du Québec* before a committee of the House of Commons is highly unusual. Only an issue considered by Québec as primordial for the welfare of its citizens could justify this initiative, which, however, should not be viewed as a precedent. The interested parties will have had but this one opportunity to participate in the public debate on Bill C-3.

[Texte]

rée comme un précédent. Le débat public sur le projet de loi C-3 n'aura offert que ce forum ultime aux intéressés.

Le débat sur le projet de loi C-3 n'intéresse pas, monsieur le président, que le gouvernement du Québec, ainsi que l'atteste la présence à mes côtés de représentants des usagers, de représentants éminents du réseau québécois des Affaires sociales, des différentes professions impliquées dans l'orientation, l'administration, la planification et la fourniture des services de santé et des services sociaux au Québec.

Permettez-moi, monsieur le président, simplement de nommer ces personnes: M. Marc André, directeur général de l'Association des centres de bénévolat du Québec; le docteur Harvey Barkun, directeur général de l'Hôpital général de Montréal, M^{me} Jeanine Beaudry-Pellan, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; le docteur Dominique Bédard, commissaire de la Commission Bédard; M. Jean-Pierre Bélanger, délégué de l'Association de la santé publique du Québec; M. Viateur Bergeron, président du Conseil interprofessionnel du Québec; le docteur Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille; M. André Brousseau, président de l'Association des hôpitaux du Québec; le docteur Jacques Brunet, membre de la Commission Castonguay-Nepveu et ancien sous-ministre des Affaires sociales de 1970 à 1978 et, actuellement, directeur du Centre hospitalier universitaire de Laval; le docteur Serge Carrière, président du Fonds de la recherche en santé du Québec; le docteur Claude Chicoine, président de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec; le docteur David Cruess, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill; M^{me} Clairna Cyr, présidente de l'Association des cadres intermédiaires des affaires sociales Inc.; M. Marcellin Dallaire, président de l'Association des centres d'accueil du Québec. Font également partie de la délégation: le docteur Paul David, directeur de l'Institut de cardiologie de Montréal; M. Pierre Ducharme, délégué de l'Association des pharmaciens des établissements du Québec; M. Daniel Fortin, président de la Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec; M. Roger Gosselin, directeur du département de l'administration de la santé de l'Université de Montréal; M. André Groulx, président de l'Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec; M. Gaston Harnois, président du comité de santé mentale du Québec; le docteur Martin Laberge, ancien président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec; le docteur J.-Auguste Mockle, président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec; le docteur Gilles Pigeon, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke; le docteur Raynald Pineault, directeur du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal; M. Ernest Poulin, président de la Fédération québécoise des retraités en résidence et en centre d'accueil; M. Paul-André Quintin, représentant la Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec; le docteur Jean Rochon, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval; M. Jean-Marie Rodrigue, président de l'Association des optométristes du Québec; le docteur Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec; M. Louis Roy, vice-président de l'Office des professions du Québec; M. Marcel

[Traduction]

The *Gouvernement du Québec* is not the only party that is interested in the debate on Bill C-3, Mr. Chairman; the presence in this audience of high-ranking representatives of the Quebec Social Affairs network and of members of the various professions involved in the direction, administration, planning and provision of health care and social services, as well as of citizens who use these services, attests to that fact.

If I may, Mr. Chairman, I would like to name the people: Mr. Marc André, Executive Director of the *Association des centres de bénévolat du Québec*; Dr. Harvey Barkun, Executive Director of the Montreal General Hospital, Mrs. Jeanine Beaudry-Pellan, President of the Order of Nurses of Quebec; Dr. Dominique Bédard, of the Bédard Commission; Mr. Jean-Pierre Bélanger, who is a delegate of the *Association de la santé publique du Québec*; Mr. Viateur Bergeron, Chairman of the Quebec Interprofessional Council; Dr. Madeleine Blanchet, Chairman of the *Conseil des affaires sociales et de la famille*; Mr. André Brousseau, President of the Association of Hospitals of the Province of Quebec; Dr. Jacques Brunet, member of the Castonguay-Nepveu Commission and former Deputy Minister of Social Affairs from 1970 to 1978, and now Director of Laval University's Hospital Centre; Dr. Serge Carrière, President of the *Fonds de la recherche en santé du Québec*; Dr. Claude Chicoine, President of the *Association des chirurgiens-dentistes du Québec*; Dr. David Cruess, Dean of McGill University's Faculty of Medicine; Mrs. Clairna Cyr, President of the *Association des cadres intermédiaires des affaires sociales Inc.*; Mr. Marcellin Dallaire, President of the *Association des centres d'accueil du Québec*. Our delegation also includes: Dr. Paul David, director of the Montreal Heart Institute; Mr. Pierre Ducharme, a delegate from the *Association des pharmaciens des établissements du Québec*; Mr. Daniel Fortin, president of the Federation of Administrators of Quebec Health and Social Services; Mr. Roger Gosselin, director of the University of Montreal's Health Administration Department; Mr. André Groulx, chairman of the *Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec*; Mr. Gaston Harnois, chairman of the *Comité de santé mentale du Québec*; Dr. Martin Laberge, former chairman of the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*; Dr. J.-Auguste Mockle, chairman of the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*; Dr. Gilles Pigeon, dean of the Faculty of Medicine of the University of Sherbrooke; Dr. Raynald Pineault, director of the University of Montreal's Department of Social and Preventive Medicine; Mr. Ernest Poulin, president of the *Fédération québécoise des retraités en résidence et en centre d'accueil*; Mr. Paul-André Quintin, representing the *Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec*; Dr. Jean Rochon, dean of the Laval University's Faculty of Medicine; Mr. Jean-Marie Rodrigue, president of the *Association des optométristes du Québec*; Dr. Augustin Roy, president of the Professional Corporation of Physicians of Quebec; Mr. Louis Roy, vice-president of the Office of Professions of Quebec; Mr. Marcel Sénécal, chairman of the *Fédération des C.L.S.C. du Québec*; Mr. Louis-Philippe Thibault, chairman of the *Association des centres de services*

[Text]

Sénécal, président de la Fédération des C.L.S.C. du Québec; M. Louis-Philippe Thibault, président de l'Association des centres de services sociaux du Québec; M^{me} Madeleine Tremblay, présidente de l'Association québécoise des droits des retraités; M. René Tremblay, président de l'Association des chefs de départements de santé communautaire et M. François-Urbain Roux, président de la Fédération de l'âge d'or du Québec.

• 1535

Monsieur le président, je suis également accompagné de mon adjoint parlementaire, le député de Gouin à l'Assemblée nationale du Québec, M. Jacques Rochefort, à ma gauche; à ma droite, de M. Jean-Claude Deschênes, sous-ministre en titre au ministère des Affaires sociales et à sa droite, de M. Jacques Lamonde, sous-ministre adjoint aux questions des budgets et contrôles financiers et, du docteur Guy Rivard à l'extrême gauche, sous-ministre adjoint aux programmes de santé du gouvernement du Québec.

Le débat sur le projet de loi C-3 nous amène ici car ce projet de loi a une portée extrêmement large, que les enjeux qu'il recèle vont bien au-delà de ce qui a été généralement évoqué publiquement par le gouvernement fédéral. Ce projet de loi ne vient pas uniquement réglementer la question de la surfacturation et des frais modérateurs.

Au contraire, sous le couvert de modifications d'apparence parfois anodine, ce projet de loi introduit des changements majeurs et fondamentaux non seulement dans les transferts financiers mais aussi dans l'organisation des rapports entre les niveaux de gouvernement. Il trace des limites qui sont inacceptables à l'exercice de la compétence constitutionnelle du Québec en matière de santé, ce qui ne peut qu'entraîner des effets négatifs sur l'évolution et le développement de notre système de santé et, par conséquent, sur la qualité des services offerts aux citoyens en limitant les choix que nous pouvons et que nous devons constamment faire pour maintenir et améliorer l'état de santé de notre population.

En effet, le projet de loi C-3 abolit le régime consensuel des accords fédéraux-provinciaux et le remplace par un régime unilatéral. Par son projet de loi C-3, le gouvernement fédéral semble manifester cette volonté de prendre en main le domaine de la santé au Canada mais aussi en matière de planification, de rationalisation et de programmation. Il veut établir en effet une politique uniforme au détriment des particularités provinciales. Cela ressort de toute évidence de l'article 3 du projet.

L'article 4 de la présente loi a pour raison d'être, de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé, compte tenu de la compétence première des provinces en ce qui concerne la prestation des services de santé.

On réduit ainsi le rôle des provinces en matière de santé à celui de simples dispensatrices de services, ce qui s'écarte singulièrement de la compétence générale que lui reconnaît la Constitution en cette matière.

Cette volonté se veut plus dirigiste et interventionniste et diffère sensiblement de celle qui se dégage des deux lois

[Translation]

sociaux du Québec; Mrs. Madeleine Tremblay, chairman of the Association québécoise des droits des retraités; Mr. René Tremblay, chairman of the Association des chefs de départements de santé communautaire; and Mr. François-Urbain Roux, president of the Fédération de l'âge d'or du Québec.

Mr. Chairman, I am also accompanied by my Parliamentary Assistant, the member for Gouin in Quebec's National Assembly, Mr. Jacques Rochefort, to my left; to my right, Mr. Jean-Claude Deschênes, Deputy Minister of Social Affairs; and, to his right, Mr. Jacques Lamonde, Assistant Deputy Minister responsible for Budget and Financial Controls; and Dr. Guy Rivard, at my extreme left, is Assistant Deputy Minister responsible for Quebec's Health Programs.

We are here because we believe that Bill C-3 will have a considerable impact, and that the consequences will be far greater than generally stated publicly by the federal government. This bill does not merely regulate the question of over-billing and user charges.

On the contrary, while some changes may appear insignificant, the bill introduces major and fundamental amendments not only to the area of fiscal transfers but also to the organization of relations between the different levels of government. It sets unacceptable limits on the exercise of Quebec's constitutional competence with regard to health; this will lead to negative effects on the evolution and development of our health system and, consequently, on the quality of the services offered to our fellow citizens. It will limit the choices that we can and must continue to make if we want to maintain and improve the state of health of our population.

Bill C-3 abolishes the consensual plan of federal-provincial agreements and replaces it by a unilateral plan. Through Bill C-3, the federal government has demonstrated its desire to take control of the health field in Canada as far as planning, rationalization and programming are concerned. The federal government wishes to establish a uniform policy to the detriment of provincial particularities. Section 3 of the bill clearly attests to this.

Section 4 of this bill states: "The purpose of this Act is to advance the objectives of the Canadian health care policy, while recognizing the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services . . ."

The final result is that the role of the provinces in the health sector is limited to that of providers of services, and this is quite different from the general powers assigned to the provinces by the Constitution in this area.

This desire to play a wider directional and interventional role differs considerably from the attitude reflected by the two

[Texte]

actuelles, notamment en ce qui concerna la notion des services assurés qui sous-tend, en définitive, tout le régime de santé.

En somme, le projet de loi diffère des lois déjà existantes non seulement parce qu'il ne nécessite aucune entente pour s'appliquer mais aussi parce qu'il ignore systématiquement toute notion de décision conjointe. En un mot, le gouvernement central s'arroge un pouvoir de décréter de façon unilatérale les obligations que les provinces devront assumer.

• 1540

L'accaparement par le gouvernement fédéral des pouvoirs de planification et d'orientation lui confère automatiquement un pouvoir important sur l'allocation des ressources. Ainsi, le Québec pourrait être contraint d'affecter des ressources pour satisfaire à des priorités pancanadiennes qui ne répondent ni à son expérience propre ni à la spécificité de ses besoins. Il n'aurait alors d'autre choix que d'augmenter les taxes ou de réallouer des montants présentement affectés à d'autres fins, simplement pour maintenir les avantages du régime actuel, ou alors de se résigner à en sacrifier certains des aspects les plus novateurs, tant socialement que scientifiquement, et ce au profit d'une norme édictée hors du Québec.

Dans le même sens, l'adoption du projet de loi provoquerait, au nom d'une approche unitaire et de l'uniformité pancanadienne, un gel du développement des systèmes les plus novateurs en les contraignant à évoluer au rythme des systèmes les plus lents. Le projet de loi C-3 présuppose que les modèles adoptés par une province sont applicables dans d'autres provinces, ce qui, à nos yeux, manque totalement de réalisme, compte tenu du fait que chaque province se fait un devoir d'adapter constamment ses services aux besoins particuliers de sa population.

Le système de santé du Québec, c'est d'abord et avant tout, chez nous, 6 millions de nos concitoyens avec leurs besoins ainsi que l'appareil complexe et délicat que l'État s'est donné pour y satisfaire:

- 849 établissements, dont 222 centres hospitaliers;
- plus de 90,000 lits dont plus de la moitié en centre hospitalier;
- 13 conseils régionaux;
- 18,700 professionnels dont 12,000 médecins;
- 12,800 cadres et 132,000 employés avec 45,000 infirmières;
- 1,200 fonctionnaires au ministère des Affaires sociales.

En somme, c'est près de 165,000 personnes qui rendent à temps plein des services à leurs concitoyens.

C'est aussi une quarantaine d'hôpitaux affiliés à quatre facultés de médecine d'où sortent quelque 600 médecins diplômés par année.

[Traduction]

existing pieces of legislation, particularly as concerns the notion of "insured services" which in the end underscores the entire health plan.

In short, the bill differs from the existing legislation not only because it requires no agreement to be applied, but also because it systematically ignores any notion of joint decision-making. In a word, the federal government has assumed the power to unilaterally decree the obligations that the provinces will have to shoulder.

The monopolizing by the federal government of the authority to plan and direct policies automatically gives it major power over the allotment of resources. Thus, Quebec could be forced to allocate resources for pan-Canadian priorities which match neither its particular experience nor its specific needs. Quebec would have the alternative of increasing taxes or reallocating sums presently earmarked for other purposes, simply to maintain the advantages of the present plan; the only other alternative would be to sacrifice some of the plan's most innovative social and scientific aspects to comply with a decision taken outside Quebec.

In the same way, the adoption of this Bill would lead to a freeze in the development of some of the most innovative systems by forcing them to evolve at the rhythm of their slowest counterparts for the sake of pan-Canadian uniformity and a unitary approach. The Bill presupposes that the models adopted by one province are applicable in other provinces; this is unrealistic since each of the provinces must constantly adapt their services to the specific needs of their citizens.

Quebec's health system is first and foremost 6 million of our fellow citizens and their needs, coupled with a vast and complex apparatus which our society has created to meet these needs:

- 849 establishments, of which 222 are hospital centres and 109 local community service centres;
- over 90,000 beds, more than half of which are in the hospital centres;
- 13 regional councils;
- 18,700 health care professionals, 12,000 of whom are physicians;
- 12,800 administrators, 132,000 employees, including 45,000 nurses;
- 1,200 civil servants employed by the *ministère des Affaires sociales*.

In short, almost 165,000 persons are serving their fellow citizens on a full-time basis.

There are also approximately 40 hospitals affiliated with four faculties of medicine which graduate 600 physicians per year.

[Text]

Les efforts conjugués de ces ressources humaines et matérielles, déployés sur notre territoire, ont permis de traiter durant l'exercice 1982-1983, 803,000 malades qui ont été hospitalisés, occasionnant environ 15 millions de journées d'hospitalisation et 8.9 millions de visites en consultation externe.

Au niveau des services médicaux, il s'est dispensé, l'an dernier, 64 millions d'actes médicaux comprenant 10.6 millions d'examen en cabinet et 5.9 millions d'examen radiologiques.

Un système de santé comme le nôtre, monsieur le président, c'est une chose complexe. Il est la fonction d'éléments nombreux, variés, marqués par des tensions, des nuances et des fragilités qui en forment un tout en équilibre au service des citoyens. De cet équilibre modulé, toujours à refaire, a surgi, depuis une quinzaine d'années, un système en constante évolution qui permet aux citoyens du Québec de bénéficier de services et de soins de santé gratuits de qualité, d'accès universel, administrés publiquement et dont les bénéfices sont transférables par ententes interprovinciales, et ce conformément à l'idéal généreux des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie que l'on retrouve dans les lois du Québec de 1960 et 1969 et du Parlement du Canada de 1958 et 1966 ainsi que dans les ententes auxquelles elles ont donné lieu entre les deux ordres de gouvernement.

Ces objectifs et cette réalité, nous entendons les maintenir. Cependant, ils exigent plus que des vœux pieux et des intentions généreuses. Ils contraignent, dans le quotidien, des milliers d'hommes et de femmes à donner le maximum d'eux-mêmes. Ils commandent la rigueur dans l'utilisation des ressources humaines, matérielles et techniques sur le territoire.

Ces choix nombreux et nécessaires que le Québec a dû faire ont été exercés dans le cadre constitutionnel que nous connaissons depuis 1867 et qui n'a pas été changé à cet égard par le rapatriement unilatéral de 1982.

Or, la Constitution canadienne accorde aux provinces une responsabilité non mitigée en matière de santé. En effet, compte tenu des champs de compétence énumérés aux articles 91 et 92 de l'A.A.N.B., il est généralement admis que la responsabilité fédérale est l'exception. Dans ce domaine, les fonctions fédérales sont limitées à quelques cas précis, entre autres la quarantaine et les hôpitaux de marine (91.11), la santé de certains groupes de personnes sous la responsabilité de l'État fédéral comme les détenus dans les pénitenciers (91.28), alors que les législatures provinciales, en plus du pouvoir de légiférer sur des questions de nature locale ou privée (92.16), sur la propriété des droits civils (92.13) et les institutions municipales (92.8), se voient confier explicitement, à 92.7, le soin de veiller à l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux et, suivant les mots vieillots de la Constitution, des asiles, des hospices et autres institutions de charité.

• 1545

Cette interprétation de la Constitution en matière de santé a été confirmée à de nombreuses reprises. Tous les gouvernements du Québec qui se sont succédé se sont opposés à toute tentative d'intrusion du gouvernement fédéral dans le domaine

[Translation]

The concerted efforts of these human and material resources throughout the province enabled us, during 1982-1983, to treat 803,000 persons who required 15 million days of hospitalization, without taking into consideration the 8.9 million outpatient consultations.

As for medical services, 64 million medical acts were practised, including 10.6 million office examinations and 5.9 million X-ray examinations in 1982-1983 alone.

A health care system like ours, Mr. Chairman, is a complex thing. It is the sum of numerous and various elements marked by tension, nuanced and fragile, which form a whole in balance with services to citizens. From this modulated balance—which must be continually recreated—a system in constant evolution has developed over the last 15 years. This system enables the citizens of Quebec to benefit from health care and services which are cost free, of high quality, accessible to everyone and publicly administrated; our system's benefits are transferrable by interprovincial agreements in accordance with the general principle of the hospital insurance and health insurance plans found in the Quebec Acts of 1960 and 1969 and the Canadian Parliament's Acts of 1958 and 1966, as well as in the agreements between the governments to which the former gave rise.

We intend to maintain these objectives and this reality. To achieve this, we need more than pious wishes and good intentions. Thousands of men and women will have to give their maximum on a daily basis and we shall have to put our technical, material and human resources to the best possible use throughout the entire province.

Quebec has made many important choices within the same constitutional framework we have known since 1867 and which was not changed in regard to health care by the unilateral repatriation of 1982.

Under the Canadian Constitution, the provinces have unmitigated responsibility in the health care sector. In view of the areas of competence listed in Sections 91 and 92 of the BNA Act, it is generally admitted that federal responsibility is the exception. As regards health care, federal functions are limited to a few precise cases including: quarantine and naval hospitals (91.11), and the health of certain groups of people under the responsibility of the federal government, such as inmates in detention centres (91.28). Provincial governments, on the other hand, in addition to being able to legislate on local or private matters (92.16), on property and civil rights (92.13) and on municipal institutions (92.8), have also been explicitly entrusted (92.7) with seeing to the institution, maintenance and administration of hospitals and, in the somewhat outmoded terms of our Constitution, asylums, old people's homes and other charitable institutions.

This interpretation of the Constitution in the area of health care has been confirmed on many occasions. One after the other, all the Quebec governments have systematically resisted any attempt on the part of the federal government to intrude in

[Texte]

qui leur est reconnu par la Constitution. Une telle unanimité nous a d'ailleurs incités à reproduire les principales déclarations en annexe. La même interprétation a aussi été adoptée par d'autres, notamment par la Commission Tremblay sur les problèmes constitutionnels en 1946, et même par la Commission Rowell-Sirois sur les relations entre le Dominion et les provinces en 1940. On pourrait même affirmer que l'utilisation, par l'État fédéral, de subventions conditionnelles constitue une admission tacite de la juridiction provinciale, car il ne fait aucun doute qu'une intervention directe aurait été préférée par l'État central au procédé complexe qui a été retenu.

Fort de cette compétence constitutionnelle claire, le gouvernement du Québec a accepté sa responsabilité de façon déterminée et entière, surtout depuis les 25 dernières années. Avec l'appui constant de la population, il a mis sur pied un système de santé qui suscite aujourd'hui l'admiration et constitue le point de mire pour plusieurs pays en plus de répondre de façon adéquate aux besoins des citoyens.

Ces choix, nombreux et nécessaires, le Québec les a également exercés dans le respect des arrangements fiscaux et financiers avec l'État fédéral.

La raison d'être fondamentale des programmes de subventions conditionnelles aux services de santé provinciaux était de faciliter la mise sur pied de systèmes d'assurance-santé répondant à certaines conditions minimales.

À partir de 1965, notamment avec sa Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral a accepté l'idée qu'il pourrait et devrait se retirer de ce mode d'intervention exceptionnel lorsque les programmes d'assurance-santé provinciaux auraient atteint un degré de permanence suffisant pour ne plus justifier sa présence.

Avec l'augmentation des coûts à partir de 1973, des négociations intenses ont été amorcées pour trouver une formule de financement global et forfaitaire qui mettrait fin au partage des coûts et laisserait une marge de manoeuvre plus grande aux provinces, tout en permettant à l'administration fédérale de contrôler les dépenses. On se rappellera que le gouvernement central était alors tellement déterminé à limiter son application financière qu'il a même tenté, en 1975, de plafonner unilatéralement sa contribution aux services de santé. Finalement, il devait retirer ce projet devant l'opposition des provinces, et ce furent les arrangements fiscaux de 1977.

Rappelons qu'avant 1977, le gouvernement fédéral partageait avec les provinces les risques liés à l'évolution des coûts du régime de santé. Depuis les arrangements fiscaux de 1977, tous les risques qui sont reliés à l'évolution des coûts de santé sont assumés par les provinces, le gouvernement fédéral pouvant compter sur une formule de financement qui n'est plus liée à l'évolution des coûts de santé, mais à la croissance de l'économie. Le régime administratif de la santé n'étant pas modifié alors, il appartenait aux seules provinces de décider des risques financiers qu'elles étaient disposées à encourir.

Dans le cadre des arrangements fiscaux de 1982, l'élimination de la garantie de recettes amenait une nouvelle modifica-

[Traduction]

this area where their competence is recognized by the Constitution. Such unanimity has prompted us to provide a list of the main declarations in the schedule (Schedule I). The same interpretation has been adopted by others, in particular the Tremblay Commission on constitutional problems in 1946, and even by the Rowell-Sirois Commission on relations between the Dominion and the provinces in 1940. It might even be stated that the use of conditional grants by the federal government constitutes a tacit admission of provincial jurisdiction, for there can be no doubt that direct intervention would have been preferable to the federal government instead of the complicated procedure which was adopted.

With its competence clearly recognized by the Constitution, the *Gouvernement du Québec* has accepted its responsibility wholeheartedly and with determination, especially over the past 25 years. With the constant support of its population, it has set up a health care system which draws admiration today and serves as an example for several countries, in addition to adequately meeting the needs of Quebecers.

Quebec has also made these many necessary changes within the framework of fiscal and financial arrangements with the federal government.

The main reason for creating conditional subsidy programs for provincial health care services was to make it easier to set up health insurance plans which would meet certain minimum requirements.

As of 1965, especially with its law on the financing of established programs, the federal government accepted the idea that it could and should refrain from granting subsidies as soon as provincial health insurance programs attained enough stability to render this exceptional means of intervention unnecessary.

With costs increasing since 1973, intense negotiations were undertaken to find an overall, inclusive financing formula which would put a stop to cost-sharing and leave the provinces more room to manoeuvre while also allowing the federal administration to control its spending. In fact, the central government was so determined to limit its financial involvement that, in 1975, it even attempted unilaterally to put a ceiling on its contributions to health care services. Faced with opposition from the provinces, the federal government abandoned the project and discussions were continued with a view to the financial agreements of 1977.

Prior to 1977, both the federal government and the provinces shared the risks related to changes in the costs of the health care plan. Since the fiscal agreements of 1977, all such risks have been assumed by the provinces, and the federal government has been able to count on a financing formula no longer related to changes in health care costs, but to economic growth. Since the administrative procedures related to health care have not been changed, it is entirely up to the provinces to decide which financial risks they are prepared to take.

By eliminating the receipts guarantee within the framework of the fiscal "agreements" of 1982, the federal government

[Text]

tion à la formule de financement dans le sens d'une contribution diminuée aux provinces.

Avec le projet de loi C-3, qui constitue un nouveau régime administratif de la santé au Canada, le gouvernement fédéral ne partage toujours pas les risques de l'évolution des coûts de santé, mais, cette fois-ci, les provinces sont les seules à encourir les risques. En effet, le gouvernement fédéral, s'accaparant le pouvoir de décider de la politique de santé, peut de ce fait imposer des programmes aux provinces sans en même temps augmenter sa contribution et, qui plus est, il peut pénaliser financièrement une province qui ne se conforme pas à sa politique. Par l'exercice de leurs responsabilités dans le cadre constitutionnel et financier que je viens de décrire, tous les gouvernements du Québec qui se sont succédés depuis 1960 jusqu'à aujourd'hui ont participé à l'élaboration d'une armature originale distinctive solide et nécessaire à l'organisation d'un système de santé moderne et efficace. De 1960 à 1969 sous les gouvernements Lesage, Johnson et Bertrand, la réforme du système en place fut amorcée par la Loi sur l'assurance-hospitalisation de 1960 et celle des hôpitaux en 1962. En 1962, cette même année, la Commission Bédard sur les hôpitaux psychiatrique, ainsi que la Commission Boucher sur l'assistance publique remirent des rapports, et en 1966 ce fut la mise sur pied de la Commission Castonguay-Nepveu sur les services de santé et le bien-être social, ce qui allait paver la voie à une orientation précise du système et à la mise sur pied de nouvelles institutions québécoises dans le domaine.

• 1550

On assista en 1969 à la création de la Régie d'assurance-maladie et, en 1970, sous le gouvernement Bourassa, à celle du ministère des Affaires sociales; puis la Loi sur la santé et les services sociaux, en 1971, établissait différentes catégories d'établissements. D'autres institutions venaient compléter cet édifice, Commission des affaires sociales, Conseil des affaires sociales et de la famille, Conseil consultatif de la pharmacologie, Fonds de recherche en santé du Québec, Office des professions, qui, soit dit en passant, visait à reconnaître l'importance centrale des professions en santé et en consacrait la notion de primauté de la protection publique.

Plus près de nous durant les sept dernières années, sous le gouvernement actuel, on a légiféré de façon à renforcer cette approche intégrée et globale de la santé des citoyens en matière de protection de la jeunesse, en matière d'exercice des droits des personnes handicapées ou en matière de santé et de sécurité au travail. Et, tout récemment, des modifications aux lois de 1960, 1969 et 1971 visaient à assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux; à accroître la représentation du public dans les conseils d'administration et les conseils régionaux et à faire place aux bénévoles et aux comités de bénéficiaires; à permettre une plus grande rationalisation de la fourniture des services de santé et des services sociaux par les établissements; et finalement, à améliorer la coordination des services, notamment, des services d'urgence et ambulanciers. Les gouvernements successifs traduisaient ainsi la volonté constante de la population de se doter de services et de soins de santé à la mesure de ses besoins. Les grandes caractéristiques

[Translation]

once again unilaterally modified its financing formula and reduced its contributions to the provinces.

With Bill C-3, which constitutes a new plan for administering health care in Canada, the risks of changing health care costs are still not shared by the federal government; moreover, this time it is the provinces alone which run the "risks". In becoming the sole agent empowered to decide on health care policies, the federal government can impose programs on the provinces and still not increase its contributions; what is more, it can financially penalize provinces which do not adhere to its policies. By carrying out their responsibilities within the constitutional and financial framework described above, all Quebec governments which were elected between 1960 and the present day have participated in elaborating the original, distinctive and solid framework we needed to organize a modern and effective health care system. Between 1960 and 1969, under the governments of Lesage, Johnson and Bertrand, reforms to the existing system were initiated by the Hospital Insurance Act of 1960, which provided citizens with free hospital services, and by the Hospital Act in 1962. The Bédard Commission report on *psychiatric hospitals* in 1962, the Boucher Commission report on *public assistance* in 1963 and the creation of the Castonguay-Nepveu Commission in 1966 on *health care services and social assistance* set the system on a clear course for creating new Quebec institutions in this field.

In 1969, we witnessed the creation of the Health Insurance Board and then, as of 1970, under the Bourassa government, the creation of the *ministère des Affaires sociales*. In 1971, the Act respecting health services and social services set up various categories of establishment. Other institutions completed this structure: the *Commission des affaires sociales*, the *Conseil des affaires sociales et de la famille*, the *Conseil consultatif de la pharmacologie*, the *Fonds de recherche en santé du Québec*, the *Office des professions*, which was intended to recognize the basic importance of the health care profession and to introduce the notion that public protection was a priority.

More recently, over the past seven years, the Lévesque government has legislated so as to reinforce this integrated, global approach to the health care of its citizens by adopting: the Youth Protection Act, the Act to Secure the Handicapped in the Exercise of their Rights, the Act respecting Occupational Health and Safety. Even more recently, a certain number of modifications made to the laws of 1960, 1969 and 1971 have been aimed at: ensuring a better distribution of medical personnel, increasing public representation on the administrative boards of establishments and on regional councils and making room for volunteer workers and beneficiary committees, allowing a greater rationalization of the rendering of health and social services by the establishments, improving the co-ordination of services, especially emergency and ambulance services. In this way, the successive governments have reflected the population's constant desire to obtain services and health care geared to meet its needs. The basic

[Texte]

de ce système de soins et de services aux citoyens forment donc un tout qui risque d'être bouleversé par les suites du projet de loi C-3, car l'approche privilégiée en matière de services et de soins de santé sous-tend au Québec une politique d'accessibilité pour tous à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité.

L'approche du Québec vise en outre à assurer aux citoyens l'accessibilité géographique aux services, l'intégration des services de santé et des services sociaux notamment au niveau local dans les centres locaux de services communautaires. Au niveau régional, un rôle majeur de conseil ou de décideur est confié à des structures que nous appelons les conseils régionaux de la santé et de services sociaux. Au plan financier, l'approche du Québec favorise la responsabilité locale par l'octroi des budgets globaux aux établissements. Tout en postulant le maintien nécessaire et le développement absolument essentiel de haut standard de médecine nord-américaine, l'approche québécoise favorise la prévention même à l'intérieur des centres hospitaliers traditionnellement voués uniquement à la clinique, au moyen de départements de santé communautaires. Elle associe les citoyens bénéficiaires, les groupes socio-économiques, les organismes bénévoles ainsi que les professionnels et les employés à la gestion de ces établissements.

Quant au ministère des Affaires sociales, il est responsable devant la population, tant de l'élaboration que de l'application des politiques socio-sanitaires au Québec et il en fixe les orientations et les choix prioritaires. C'est ce système complexe aux ramifications nombreuses qui a permis au Québec d'offrir des programmes, des actions et des services aux citoyens dans un contexte où la planification socio-sanitaire est considérée comme un outil de changement social et d'adaptation aux besoins.

Or le projet de loi C-3, dans la mesure où il donne un pouvoir de juger et de sanctionner la «convenabilité des budgets des établissements» viendra perturber le fonctionnement et le choix des priorités dans l'allocation des ressources.

• 1555

Par ailleurs, le rejet du mode des ententes amènera inévitablement la standardisation des orientations d'un océan à l'autre. Le modèle unique imposé par le gouvernement fédéral pourrait alors finir par s'opposer aux opérations de base choisies par le Québec de même qu'aux décisions parfois extrêmement difficiles qu'il faut exercer tous les jours sur notre territoire.

L'occupation responsable du champ de compétence constitutionnelle en matière de santé par tous les gouvernements du Québec depuis un quart de siècle a permis au Québec d'aujourd'hui de bénéficier d'un système de santé de très haut calibre caractérisé par sa sensibilité aux besoins de nos populations.

En plus des services de base offerts à la population (qui comprennent, outre la gamme complète des services hospitaliers et la gratuité totale pour les services médicaux assurés, des programmes de prothèses, de prothèses mammaires, d'appareils orthopédiques, d'aides visuelles, d'aides auditives, de prothèses oculaires, de services optométriques et d'appareils

[Traduction]

characteristics of this public health care and services system form a whole which is in danger of being disrupted if Bill C-3 is adopted. This unique approach to services and health care in Quebec underlies the attitude that complete, continuous, complementary and high-quality health care and services should be accessible to all.

Quebec's approach is also aimed at ensuring citizens access to services on a regional level and at integrating health care and social services, particularly at the local level, in the local community service centres (C.L.S.C.). On the regional level, regional health and social service councils have been entrusted a major role in the consultation and decision-making process. As far as financing is concerned, Quebec's approach favours local responsibility by allotting budgets whose breakdown will be determined at that level. While postulating that the high standards of North American medicine must be maintained and developed, Quebec's approach favours prevention through the setting-up of community health departments, even in hospital centres which have been traditionally devoted solely to providing treatment in clinics. This approach involves beneficiaries, socio-economic groups and volunteer organizations as well as professionals in the management of establishments.

The *ministère des Affaires sociales* is responsible to the public for both elaborating and implementing social and health policies in Quebec. It determines their direction and major options. This complex system with its many ramifications has enabled Quebec to provide itself with programs, plans of action and public services in a context in which social health planning is considered a means toward social change and meeting new needs.

Bill C-3, to the extent to which it allows unilateral decisions to be made with respect to the "suitability of establishment's budgets", will disrupt operations and the choosing of priorities as far as the allocation of resources is concerned.

Moreover, the rejection of the conditions and terms of the agreements will inevitably standardize orientations across the country. The sole model imposed by the federal government will eventually conflict with the basic directions chosen by Quebec and with the sometimes difficult decisions it must make within its own territory.

The fact that all the Quebec governments have occupied a position of responsibility in the field of constitutional competence relating to health care over the past quarter of a century has enabled Quebec to benefit from a high-calibre health care system which is characterized by its sensitivity to the needs of the population.

In addition to the basic services offered to its citizens (which include in addition to the full range of hospital services and the insured medical services, prostheses programs, mammary prostheses, orthopedic devices, visual aids, hearing aids, ocular prostheses, optometrical services and devices for persons suffering from permanent stomies), Quebec has developed a

[Text]

pour les stomisés permanents), le Québec a développé une gamme très large d'approches et de programmes pour répondre aux besoins spécifiques des différents groupes de la société.

Les personnes âgées bénéficient de médicaments et de transport ambulancier dont les coûts sont assumés par l'État. Comme notre population vieillit, notre réseau hospitalier élabore de nouveaux modèles plus efficaces d'intervention gériatrique. L'intégration «social-santé» nous permet d'atteindre une meilleure coordination dans nos efforts de maintien à domicile et de coordination du placement en institution lorsque requis.

Nos concitoyens les plus démunis, pour qui l'aide sociale représente un soutien indispensable, peuvent également compter sur une aide importante de l'État qui assume pour eux, en plus des services mentionnés plus tôt, le coût des soins dentaires, des médicaments, des services optométriques et ambulanciers.

En somme, l'État québécois a réagi aux besoins ressentis en instaurant des programmes spécifiques qui s'inscrivent dans une stratégie à long terme d'amélioration de la santé de notre population: politiques de périnatalité, de nutrition, programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, lutte contre les accidents de la circulation et croissance des services à domicile.

Cette approche sélective et stratégique a produit des résultats impressionnants, monsieur le président. Depuis trois décennies, l'espérance de vie au Québec s'est accrue de plus de 10 ans chez les femmes et de six ans chez les hommes. Lorsqu'on utilise comme indicateur l'espérance de vie en bonne santé, le Québec se classe premier au Canada pour les hommes et deuxième pour les femmes. Le taux de mortalité périnatale, qui était un des pires sur le continent il y a à peine 15 ans, se situe au Québec à 7.8 par 1,000 naissances, un des plus bas, sinon le plus bas au monde. Ajoutons à cela que le système de santé du Québec est accessible à tous les citoyens du Québec, sans frais modérateurs ni surfacturation, et à tous les citoyens canadiens dans le cadre des ententes conclues avec chacune des provinces, au nom du principe de la transférabilité que nous respectons.

Conscient des limites inhérentes au pouvoir de taxer de n'importe quel gouvernement, le Québec a aussi poursuivi sans relâche des objectifs d'efficacité qui nous ont permis de maintenir à un niveau stable depuis le début des années 70, comme la moyenne canadienne, la part du produit intérieur brut qui va à la santé, bien que ce pourcentage soit plus élevé que la moyenne canadienne. Par contre, le Québec se distingue nettement des autres provinces par le plus fort pourcentage de dépenses publiques, soit plus de 80 p. 100 des dépenses totales en santé, comparativement à 75 p. 100 pour l'ensemble du Canada et à 70 p. 100 pour l'Ontario.

Depuis quelques années surtout, conscients de l'impact dévastateur de la crise économique, les différents acteurs du réseau des Affaires sociales se sont astreints à un exercice extrêmement rigoureux de recherche de l'efficacité maximale au moindre coût. Malgré le caractère contraignant de ce contexte budgétaire difficile, depuis sept ans, nous avons réussi à augmenter de 2,000 le nombre de lits en centres hospitaliers

[Translation]

wide range of approaches and programs to meet the specific needs of the various groups of society.

Senior citizens benefit from free medication and ambulance transportation; the costs are paid by the state. As our population is aging, our hospital network is designing new, more efficient plans for geriatric intervention. The "social-health care" integration enables us to better co-ordinate our efforts to help elderly persons remain at home and to place them in an institution when required.

The most underprivileged of our fellow citizens, for whom social aid is indispensable, may also count on major assistance from the state which assumes, in addition to the services mentioned above, the costs of dental care, medication, optometrical and ambulance services on their behalf.

The Government of Quebec has reacted to the needs of its citizens by implementing specific programs that are part of a long-term strategy to improve the health of the population: nutrition and perinatality policies, programs to detect cancer of the cervix, the campaign against traffic accidents, and an increase of home care services.

This selective and strategic approach has produced impressive results. Over the past three decades, life expectancy in Quebec has increased by 10 years among women and by 6 years among men. Using the indicator of life expectancy in good health, in Canada, Quebec comes first for men and second for women. The rate of perinatal mortality in Quebec, one of the worst on the continent barely 15 years ago, is situated at 7.8 per 1,000 births, one of the lowest, if not the lowest rate in the world. We might add that the Quebec health care system is accessible to all citizens of Quebec without user charges or extra-billing and to all Canadian citizens within the framework of the agreements concluded with each province, thus respecting the principle of transferability.

Well aware of the inherent limits of any government's power of taxation, Quebec has continually pursued its goal of efficiency and cost control. In fact, the percentage of Quebec's gross domestic product, which goes to health care has remained relatively stable since the 1970s following the example of the Canadian average, although the percentage is higher than this average. However, Quebec has distinguished itself from the other provinces by the highest percentage of public expenditure with 80% of total expenditures in health care as compared to 75% for all of Canada and 70% for Ontario.

Over the past few years especially, the various parties involved in the social affairs network have gone to great lengths to ensure maximum efficiency at minimum cost in response to the devastating impact of the economic crisis on North American societies. In spite of the restrictive nature of the difficult budgetary context, we have succeeded in increasing the number of beds in hospital centres by more than 2,000

[Texte]

et de 8,000 les lits en centres d'accueil. Nous avons assisté pendant la même période à une augmentation de 4 p. 100 du nombre de jours présence des bénéficiaires en centres hospitaliers et à l'ouverture de nouveaux établissements, et à l'amorce de l'achèvement du réseau de centres locaux de services communautaires.

Pour continuer dans cette direction, tout en visant à une amélioration de l'état de santé de la population, l'organisation du système de santé requiert toute la souplesse et la marge de manoeuvre qui a permis au Québec, par la voie des ententes, de développer dans le passé un système de santé original qui puisse s'adapter aux besoins de la population, quels que soient le contexte et l'ampleur du problème. Or, le projet de loi C-3 vient précisément créer une situation inverse et menace, de ce fait, le système québécois. Le projet de loi C-3 donne au gouvernement fédéral le pouvoir unilatéral de dresser la liste des services assurés. Ce faisant, il réduit la capacité de choisir, tellement essentielle au gouvernement de Québec, dans la poursuite de ses objectifs à long terme.

• 1600

Pour ne donner que quelques exemples, les extractions de dents et de racines ne sont pas assurées dans les hôpitaux; or, le projet de règlement qui accompagne le projet de loi C-3 prévoit cette couverture comme étant obligatoire dans certains cas, ce qui implique donc que le Québec devrait assurer ces services sans apport fédéral additionnel, sous peine de sanctions financières. Nous devons alors taxer davantage ou mettre fin à d'autres programmes, notamment des programmes beaucoup plus conformes aux objectifs que nous nous sommes donnés comme société depuis un certain nombre d'années. Je pense ici par exemple à un programme comme le programme de prévention dentaire en milieu scolaire et le programme de soins dentaires pour les enfants de zéro à 13 ans.

De la même manière, le projet de règlement prévoit la couverture des médicaments dispensés en cliniques externes dans les hôpitaux. Puisque l'obligation est faite aux provinces de couvrir des services déterminés par le gouvernement fédéral et qu'il n'y a aucune addition financière, il faudra donc en assurer le financement au Québec, encore une fois, par l'augmentation des impôts ou encore par la remise en question de programmes déjà existants, comme le programme de médicaments qui s'applique aux personnes âgées.

Considérons aussi la planification à long terme dans les domaines de la technologie médicale à la recherche ainsi qu'aux questions d'effectifs médicaux. L'enchevêtrement politico-administratif absolument invraisemblable que propose le projet de loi C-3 réduira à néant la marge de manoeuvre du Québec, tout en imposant une surcharge de travail à nos établissements.

À un premier niveau, les pouvoirs, que se donne le gouvernement fédéral par le projet de loi en matière de planification et de détermination de ce que constitue un budget convenable pour un établissement ou un seuil raisonnable d'accessibilité aux services en fonction de critères autres que financiers, ouvrent la porte à tous les groupes de pression qui voudraient

[Traduction]

and in home care centres by more than 8,000 since 1977. During the same period, we have witnessed an increase of 4% in the number of days beneficiaries were hospitalized, the opening of new establishments and, in particular, progress toward completing the local community service centres network.

To continue in this direction, the organization of the health care system requires all the flexibility and room to manoeuvre that enabled Quebec in the past to develop an original health care system that can be adapted to the needs of the population, whatever the context or the extent of the problem. Bill C-3 creates an inverse situation and because of this threatens the Quebec system. Bill C-3 gives the federal government the unilateral power to draw up the list of insured services. By doing so, it reduces the ability to choose which is essential for the *Gouvernement du Québec* to pursue its long-term objectives.

To cite but a few examples, tooth and root extractions are not insured in hospitals. However, the draft regulation which accompanies the Bill makes the coverage of this service mandatory, which means that Quebec will have to ensure this service without additional federal support under penalty of the stated financial sanctions. We will therefore have to increase taxes or put an end to programs which are of a higher priority, (for example, the dental prevention program in schools, or the dental care program for children between 0 and 13 years of age).

In the same manner, the draft regulation provides for the coverage of medications prescribed in the hospital outpatient clinics. Since the obligation on the part of the provinces to cover the services determined by the federal government is not matched by any obligation on the part of the federal government to ensure their financing, Quebec will once again have to raise taxes or cut back elsewhere, in services which are not provided for by the federal regulation, for example the free medication programs for the elderly persons.

We might also consider the long-term planning in the fields of medical technology and research, as well as the question of medical staff. The absolutely incredible politico-administrative entanglement that Bill C-3 is proposing will nullify the room to manoeuvre for the *Gouvernement du Québec*, while imposing extra work loads on the establishments.

To begin with, the powers that the federal government is allotting itself with regard to planning, to determining what a suitable budget for an establishment might be, or a reasonable level of accessibility based on criteria other than financial will open the door to intergovernmental blackmail by pressure

[Text]

s'adonner à un chantage intergouvernemental dont les intérêts à long terme de la collectivité risquent fort d'en subir les conséquences.

Vous en avez eu, d'ailleurs, monsieur le président, un exemple, il y a quelques jours, par un groupe qui, se revendiquant de ce projet de loi, venait demander au gouvernement fédéral s'il adoptait cette loi d'appliquer des sanctions financières que ce projet de loi prévoit jusqu'à ce que le gouvernement du Québec obtempère à leurs demandes spécifiques.

Au second niveau, il est permis de se demander si la transmission de renseignements prévus au projet de règlement, et il y en a pour cinq pages, monsieur le président, correspond à un besoin réel du gouvernement fédéral. Il est difficile de comprendre qu'un ministère fédéral de la santé ait besoin de plus d'informations pour ne pas diriger un réseau qu'une province n'en a besoin pour le faire.

En résumé, le projet de loi C-3 contient un ensemble de notions dont l'application conjuguée mettra en compétition les deux ordres de gouvernement qui auraient en même temps des pouvoirs de décision sur des sujets identiques, tout en provoquant un enchevêtrement administratif de nature à paralyser le système. Un système qui a besoin d'ordre est nécessairement menacé lorsqu'il doit répondre à deux autorités. En menaçant l'équilibre et la cohérence de l'approche québécoise en matière de santé, c'est sur la qualité même des services à la population que plane, à moyen terme, la menace du projet de loi C-3.

Monsieur le président, les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui divergent parfois d'opinions sur de nombreux sujets avec celui qui vous parle. Elles ont exprimé, dans le passé, à l'occasion aussi des oppositions à mes prédécesseurs. Il leur arrive en outre de diverger d'opinions entre elles et elles continueront de ce faire.

Mais au-delà de ces divergences, monsieur le président, ces personnes, y compris celui qui vous parle, ses prédécesseurs, comme j'en suis convaincu ses successeurs, nous avons des liens en commun. Toutes appartiennent à la population du Québec et, à ce titre, bénéficient des remarquables services de santé du Québec. Elles recherchent constamment l'amélioration des services de santé offerts au Québec puisqu'elles ont choisi d'oeuvrer à la planification ou à la fourniture de ces services pour leurs concitoyens. Enfin, elles partagent la conviction profonde que ce système de santé doit être planifié et orienté au Québec, par des Québécois, et que le meilleur gage d'une réponse adéquate aux besoins de santé de notre peuple, c'est qu'il en conserve la maîtrise d'oeuvre.

• 1605

La mise en place du système de santé et de ses institutions pose de façon intrinsèque le problème de la recherche d'un équilibre constamment à refaire, et tellement difficile à refaire. Pour continuer de maintenir cet équilibre, il est crucial que nous conservions les outils nous permettant de faire, nous, nos choix de priorités, d'allocations de ressources, afin de répondre de la façon la plus adéquate possible aux besoins nouveaux de la population.

[Translation]

groups with the long term interests of the community likely to suffer as a result.

In fact, you saw an example of this a few days ago, Mr. Chairman, when a group calling for the passage of this legislation wanted the federal government to apply the financial penalties provided for in the act, once it had been passed, so that Quebec would give in to their particular demands.

Furthermore, one might ask whether the exchange of information provided for by the draft regulation corresponds to a real need on the part of the federal government. It is hard to understand why a federal Department of Health needs more information in order not to run a network, than a province needs to run the same network.

In summary, Bill C-3 contains a number of ideas whose combined application will put the two levels of government in competition, as both will have decisionary powers over identical issues. It will also result in an administrative entanglement likely to paralyse the system. A system which requires order is necessarily threatened when it must answer to two authorities. By threatening the balance and the coherence of the Quebec approach to health care, it is the quality of the services to the public itself which will be threatened by Bill C-3 over the medium term.

Mr. Chairman, the persons who have accompanied me here today at times have opinions which differ from those of the Minister of Social Affairs. On occasion, they have expressed opposition to his predecessors. They sometimes differ among themselves and will continue to do so.

But beyond these differences of opinion, I, my colleagues, my predecessors and even my successors all have common bonds: We are all Quebecers and as such benefit from Quebec's remarkable health care services. We are all constantly seeking to improve the health services offered in Quebec since we have elected to work in the planning and the rendering of these services to our fellow citizens. We share the profound conviction that the health care system must be planned and oriented in Quebec, by Quebecers, and that the best guarantee of an adequate response to the health care needs of our people is to see that Quebec maintains control over this system.

The implementation of a health care system and its institutions intrinsically poses the problem of finding a balance that must be constantly recreated. In order to continue to maintain this balance, it is of the utmost importance that we conserve the tools that will enable us to choose our priorities and determine the allocation of our resources in order to respond as best as possible to the new needs of the population.

[Texte]

Le gouvernement du Québec a à cœur le maintien et le développement du système de santé dont bénéficient les hommes et les femmes du Québec. Il croit que les institutions que le peuple québécois s'est données depuis maintenant 25 ans doivent conserver leur intégrité. Ces institutions ne doivent pas être obligées de composer inutilement avec ce qui viendrait accaparer leurs énergies au détriment du service à la population.

Le gouvernement du Québec croit que ces institutions doivent être non seulement protégées et défendues, mais aussi respectées et développées.

Le projet de loi C-3 met fin à un régime d'accords et d'ententes. Ce faisant, il menace les institutions québécoises et, loin d'offrir une garantie pour la santé des citoyens, il affaiblit le système de santé que le Québec s'est donné.

Le gouvernement du Québec estime que l'approche centralisatrice et standardisante qui en découlera est inacceptable. Absolument irréaliste aussi, elle n'entraînera que confusion et duplication coûteuses.

Le gouvernement du Québec croit que cette nouvelle forme d'anarchie intergouvernementale, déjà présente en partie dans le système, peut créer une situation inverse à celle qui est recherchée et menacer le système universel d'assurance-santé. En effet, comment consolider et orienter le développement de nos ressources avec une autorité qui soit diluée par la surenchère que ce projet de loi risque d'engendrer, dans un régime où le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral devient le pouvoir de faire dépenser les provinces?

Le gouvernement du Québec croit de plus que le projet de loi C-3 amènerait le foisonnement inutile de nouvelles bureaucraties fédérales.

Le gouvernement du Québec ne peut non plus accepter l'inéquité d'un projet de loi mal conçu au point de pénaliser les provinces qui en respectent déjà les règles quant à la surfacturation.

Les gouvernements du Québec ont assuré l'intégrité des qualités du système de santé prévue dans les lois du Québec de 1960, 1969 et 1971 et dans les lois du Parlement du Canada de 1958 et 1966 et ce, pour le mieux-être des citoyens du Québec.

Le gouvernement du Québec a toujours maintenu et défendu les principes de gratuité, d'universalité, d'accessibilité à des services de qualité, dans un régime qui est administré publiquement et dont les bénéfices sont transférables.

Le gouvernement du Québec s'oppose donc à cette intrusion dans un domaine de sa compétence. Il s'oppose à ce qui est une atteinte aux institutions du Québec; il ne peut pas et ne pourra accepter ce projet de loi.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister.

We will see if we can go on after 5.00 o'clock. We have another witness at 5.00 o'clock, but we will try to make some other arrangements with that witness, in spite of our very tight schedule. Perhaps we will be able to go until about 5.30 or so, with the consent of everybody here.

[Traduction]

The Government of Quebec has a special interest in the preservation and development of the health care system created for the benefit of all Quebec citizens. It believes that the institutions which Quebecers have enjoyed for 25 years must conserve their integrity. These institutions must not be obliged to cope with unnecessary problems that will monopolize their energies to the detriment of the services they offer to the population.

The Government of Quebec believes that these institutions must not only be protected and defended but also respected and developed.

Bill C-3 puts an end to the plan of agreements. In doing so, it threatens Quebec institutions and, far from providing a guarantee for the health of Quebecers, it weakens the health care system that Quebec has created.

The Government of Quebec is of the opinion that the centralist and standardizing approach that will result from it is unacceptable. It is absolutely unrealistic and will only lead to costly duplication and confusion, whereas in Quebec we are trying to do away with these problems.

The Government of Quebec believes that this new form of intergovernmental anarchy, already present to some extent in the system, may create a situation which opposes the ideal and which may even threaten the universal health insurance plan. How are we to consolidate and orient the development of our resources with an authority weakened by the exaggeration that this bill might engender in a plan where the power to spend becomes the power to make the provinces spend?

The Government of Quebec also believes that Bill C-3 will lead to the proliferation of useless new bureaucracies.

The Government of Quebec is also unable to accept the unfairness of a bill that is so badly conceived that the provinces which respect the regulations concerning extra-billing will be penalized.

The Governments of Quebec have ensured the integrity of the qualities of a health care system that was provided for in the Quebec Acts of 1960, 1969 and 1971 and by the laws of the Parliament of Canada of 1958 and 1966 for the welfare of citizens of Quebec.

The Government of Quebec has always maintained and defended the principles of no cost, universality and open access to quality services in a plan that is administered publicly with transferable benefits.

Quebec is therefore opposed to this intrusion in an area of its competence. It is opposed to an attack on its institutions. It cannot and will not accept this bill.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Nous allons voir si nous pouvons continuer après 5 heures. Il y a un autre témoin qui est censé comparaître à 5 heures, mais nous allons essayer de faire d'autres arrangements avec ce témoin, malgré notre horaire très serrée. Nous pourrions peut-être continuer jusqu'à 5h30, si tout le monde est d'accord.

[Text]

I will start off with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Mr. Minister and your colleagues, I would like to welcome you here. I have a number of questions I would like to pose to you. Before I do, I want to make the observation that the delegation with you is not only an impressive delegation, but one which emphasizes the position you have taken.

• 1610

Mr. Minister, I also want to say to you, through the Chair, that there has been a lot of interest around this table about the Quebec model. Those of us who do not live in that province have been hearing a lot that Madam Bégin is interested in giving to the rest of Canada the model that Quebec has. So obviously some of my questions might revolve around that kind of philosophical parameter, if you do not mind my putting it in those terms.

Mr. Minister, you do not have opting out in Quebec; you do not have extra-billing in Quebec; you do not have user fees in Quebec. Everything the Bill says thou shalt not from this day forth any more do, you do not do. Now, if that is the case, sir—and maybe I am a little slow in understanding . . . could you then tell me why your objection would be so serious if the three principles of the Bill . . . ? I am not getting into the argument of the other aspects of health care, which I agree with you we should be discussing, which are more important in terms of the future than what the Bill addresses. Why, then, the strong objection, sir?

Mr. Johnson: To the Bill?

Mr. Epp: Precisely.

Mr. Johnson: Basically, sir, it is because the law abolishes the system of agreements, and by abolishing the system of agreements, it brings in, by definition, the power for one level of government to decide upon the basic matters about the system.

We have heard about the notions of the basic principles, and we do not have to crack all these nuts in Quebec about over-billing and the others. *Universalité, accessibilité, transportabilité, administrées publiquement et gratuites* in the past 20 years enabled Quebec to give itself this system, to respect the federal government's intentions, and even in a certain sense, in certain areas—I am not saying in all areas—to permit Quebec, I think, to be quite innovative about this.

By abolishing the system of agreements in order to settle the problem of over-billing, whether it be in western Canada or elsewhere, what you are impeding is the very way who will decide what has to be done in the system, bringing in through a series of articles the possibility for the federal government to appreciate the level of funding of certain institutions, what services are covered. By definition, you will bring a standardized system to Canada which can clash with local priorities, which can clash with the priorities Quebec has given itself through an extremely complex and delicate system of institutions. They have to arbitrate between themselves these resources, which incidentally, are more and more scarce

[Translation]

Je vais commencer par donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Monsieur le ministre, messieurs, mesdames, j'aimerais vous souhaiter la bienvenue. J'ai un certain nombre de questions à vous poser. Mais avant de le faire. Je voudrais tout simplement dire que la délégation qui vous accompagne est très impressionnante, et souligne la position que vous avez prise.

Monsieur le ministre, je voudrais également vous dire que le Régime du Québec intéresse beaucoup d'entre nous. Ceux d'entre nous qui ne vivent pas dans cette province entendent depuis longtemps M^{me} Bégin dire qu'elle veut transmettre au reste du Canada le régime mis au point par le Québec. Mes questions porteront donc sur ce modèle, cet «étalon», si cette expression ne vous effraie pas trop.

Monsieur le ministre, la désaffiliation n'existe pas au Québec, la surfacturation n'existe pas au Québec, les frais modérateurs n'existent pas au Québec. Vous respectez donc à la lettre tout ce que ce projet de loi renferme. Si tel est le cas, monsieur le ministre, et je suis peut-être lent à comprendre, pourriez-vous me dire pourquoi vous vous opposez si farouchement à ce projet de loi si les trois principes . . . ? Je ne veux pas parler des autres aspects du système médical, dont, j'en conviens, nous devrions discuter, aspects qui sont plus importants pour l'avenir que ce que renferme le projet de loi. Alors pourquoi cette vive opposition?

M. Johnson: Au projet de loi?

M. Epp: Précisément.

M. Johnson: Grosso-modo, monsieur, c'est parce que la loi abolit le système des ententes et en abolissant ce système, un palier de gouvernement peut alors décider des principes fondamentaux du système.

Nous avons entendu parler de ces principes fondamentaux et au Québec, nous n'avons pas à nous occuper de la surfacturation et de toutes ces autres choses. L'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'administration publique et la gratuité des services ont permis au Québec au cours des 20 dernières années de se doter de ce système, de respecter les intentions du gouvernement fédéral et même dans un certains sens, dans certains domaines, je ne dis pas dans tous, lui a permis d'ouvrir la voie.

En abolissant le système des ententes et ce, en vue de régler une fois pour toutes le problème de la surfacturation, que cela se passe dans l'ouest du Canada ou ailleurs, le gouvernement fédéral supprime le droit de choisir, le droit de déterminer ce qui doit être fait, et, par toute une série d'articles, il peut maintenant déterminer les crédits à accorder à certaines institutions, et décider des services assurés. Par définition, le gouvernement fédéral crée un système standardisé pour l'ensemble du Canada, système qui peut aller à l'encontre de certaines priorités locales, des priorités dont le Québec s'est doté grâce à un système très complexe et très raffiné d'institution. Ils doivent décider de la répartition de ces ressources que

[Texte]

coming from the federal government since the beginning of the 1970s, notwithstanding the hike for this year, which is conjunctural.

So by bringing in the possibility for the federal government to decide on the list of services covered, what is its appreciation of an adequate level of funding and what is accessibility other than strictly financial accessibility, it will bring a new dynamic into the system. You had a very precise example of that when *la Fédération des omnipraticiens* came here. Next it is going to be certain specialized hospitals; then it can be citizens in one area, and you bring in an unbelievable intergovernmental anarchy and possibly a sort of political blackmail system in which pressure groups go from one government to another.

That is the crux of that Bill, and what makes that is abolishing what was in the basic laws of 1958 and 1966, which was the process of agreements. I do not know if that answers his questions.

• 1615

Mr. Epp: You had an agreement—I have parts of it here—in 1980 with the present government, an accord. Could you take us through, from your perspective, what effect Bill C-3 might have on the type of agreement you had in 1980?

M. Johnson: Si vous le permettez, je vais le faire en français parce que c'est un peu plus technique. Mais je commencerai toutefois par un détail: la possibilité qu'a l'État fédéral de demander des renseignements.

Monsieur le président, on nous a fait parvenir un projet de règlement le 5 janvier, date à laquelle nous avons commencé à réagir et dans lequel les pages 10 à 15 énumèrent les renseignements que l'on demandera.

Cela signifie, par exemple, que l'État québécois peut être amené à refaire tout son système d'information auprès des établissements. C'est de l'énergie que nous ne souhaitons pas dépenser. Si nous avons de l'argent et de l'énergie à utiliser, nous le ferons au titre des services aux citoyens, et non pas pour les bureaucraties. Voilà pour la politique des renseignements.

En outre, certaines notions figurent dans les ententes comme, par exemple, la rémunération raisonnable que l'on trouve dans les ententes, et non dans une loi. Mais les ententes sont sanctionnées par l'État fédéral, par le biais d'un appareil qui, de toute évidence, est inadéquat à ses yeux puisqu'il le change. Cet appareil de sanction est toutefois assez simple. Il consiste à retirer la totalité du financement, ce qui serait peut-être un peu gros pour un problème accidentel.

Il se dote donc d'un appareil de sanction raffiné. Mais encore une fois, il conserve le pouvoir ultime de définir, non pas par entente avec les provinces, mais par réglementation unilatérale, sa façon d'apprécier cette réalité, par exemple, de la rémunération ou cette réalité, de la convenabilité des budgets.

D'une certaine façon, je vous dirais presque, monsieur le président, que nous savions qu'en pratique, les ententes qui ont

[Traduction]

d'ailleurs le gouvernement fédéral distribue de plus en plus au compte-goutte depuis le début des années 1970, sans compter l'augmentation de cette année qui est conjoncturelle.

Donc, en permettant au gouvernement fédéral de décider de la liste des services assurés, de déterminer le montant des crédits accordés et de juger de l'accessibilité autre qu'une simple accessibilité financière, une nouvelle orientation est donnée au système. Vous en avez eu un exemple frappant lorsque la Fédération des omnipraticiens a comparu ici devant vous. Ensuite, ce sera le tour de certains hôpitaux spécialisés puis celui de citoyens dans une région donnée, ce qui entraîne une anarchie intergouvernementale incroyable et peut-être même une espèce de chantage politique où les groupes de pression vont d'un gouvernement à l'autre.

Voilà où le bât blesse et c'est parce que le gouvernement fédéral abolit le système des ententes qui était à la base même des lois adoptées en 1958 et en 1966. Je ne sais pas si cela répond à ses questions.

M. Epp: En 1980, vous avez eu une entente—dont j'ai certaines parties devant moi—avec le gouvernement actuel. Pourriez-vous nous parler de l'incidence que le bill C-3 pourrait avoir sur l'entente que vous avez eue en 1980?

Mr. Johnson: With your permission, I will reply in French, because the answer is rather more technical. However I would like to begin by mentioning a detail: namely, that the federal government is able to request information.

Mr. Chairman, we were sent a copy of the draft regulations on January 5, the date on which we began to prepare our response. Page 10 to 15 of this document list the information that the federal government can request.

The impact of this provision is that the Quebec government could have to set up a whole new system of gathering information from health institutions. We hope we will not have to go to this trouble. If we have money to spend and energy to use, we intend to do so to improve the delivery of services, and not to set up bureaucracies. I just wanted to make this comment on the policy on information.

Moreover, certain concepts, such as reasonable compensation, appear only in the agreements and not in any act. However, the agreements are approved by the federal government, through a process which it apparently feels is inadequate, because the federal government is in the process of changing it. This penalty process is nevertheless quite simple. It involves complete withdrawal of financing, which could be rather extreme in the case of an accidental problem.

The federal government has therefore set up a refined penalty mechanism. Here again, however, it reserves for itself the alternate power to define, not through agreements with the provinces, but through unilateral regulations, its own way of assessing the situation, whether in the case of compensation or the adequacy of budgets.

I would almost go so far as to say, Mr. Chairman, that in practice, the complex agreements, which justify the existence

[Text]

été complexes et qui, je dois le dire, ont justifié, pendant plusieurs années, l'existence de bien des gens aux deux niveaux de gouvernement, n'étaient pas applicables, n'apportaient pas le Québec à ne pas les respecter, au contraire, il les a respectés,—mais n'apportaient pas dans la bureaucratie fédérale une recherche de raffinement ou de jugement ou une écoute d'un *lobby* ou de groupes particuliers, en se dotant du pouvoir d'étudier ces notions de convenabilité, par exemple.

En se dotant du pouvoir de définir ce qu'est la liste couverte,—les soins dentaires en sont un bel exemple,—en se dotant du pouvoir d'apprécier la raisonnable des honoraires payés aux professionnels, dans un système où il y a un mécanisme de sanctions approprié et dont il parle, de fait, il va maintenant en faire un intervenant, alors que, dans le régime antérieur, les ententes n'en faisaient pas un véritable intervenant, mais un interlocuteur qui tentait constamment de voir à ce que les grands principes d'universalité, de gratuité, d'accessibilité, de transférabilité et d'administration publique soient respectés.

Et c'est toute la différence qui existe entre maintenir, dans le régime, des principes et un rôle de l'État fédéral à ce niveau et arriver, dans le détail, à être engagé dans ce qui est du *policy making*.

Je vous en donnerai pour exemple le développement des technologies. Il faudra, comme d'autres provinces devront le faire, et certaines l'ont déjà amorcé, que le Québec s'assure d'un renouvellement de son parc technologique adéquat, ... je parle ici des appareils diagnostiques et thérapeutiques qui sont souvent extrêmement coûteux.

• 1620

Nous croyons qu'avec les pouvoirs dont se dote l'État fédéral, avec l'appareil de sanction qui module son intervention et avec, nous n'en doutons pas deux secondes, la bureaucratie qui voudra s'occuper de ces choses et qui, en ce moment, ne s'en occupe peut-être pas, il pourrait y avoir conflit, à l'intérieur même du Québec, lors de prises de décisions sur l'allocation de ressources. Je vous donne un exemple. Essaiant que telle machine diagnostique ou thérapeutique est essentielle et que l'accès n'en est pas garanti pour de raisons autres que financières, par exemple la non-accessibilité en hiver, l'État fédéral serait amené à poser des jugements sur l'allocation des ressources. Déjà, au Québec, décider où on va mettre l'*emiscan*, c'est compliqué, prenez-en ma parole. Cela nous semble quelque peu dangereux.

Je sais qu'on a dit que nos appréhensions découlaient d'une mauvaise traduction des textes, mais encore faudrait-il savoir si ces textes ont d'abord été rédigés en français ou en anglais. Je peux évoquer, par exemple, cette notion de rationalisation des ressources — *to encourage* dans le texte anglais. Je prendrai le texte français pour les fins de la démonstration, mais cela peut s'appliquer à d'autres aspects du projet de loi.

Au Québec, nous sommes six millions d'habitants, et il y a deux endroits où il se fait des transplantations cardiaques: l'Institut de cardiologie de Montréal, qui est un remarquable endroit, et l'Hôpital Notre-Dame, qui est un grand hôpital

[Translation]

of a rather large number of bureaucrats at both levels of government, were not applicable, but were not such that Quebec was inclined not to comply with them. Quebec in fact did comply with them. However, they did not encourage the federal bureaucrats to try to show any sensitivity judgment or openness to a lobby or to representations from specific groups. For example, the federal officials were not given the power to examine concepts such as adequacy.

Now that the federal government is giving itself the power to define the list of insured services—and dental care is a good example—now that it is giving itself the power to assess whether or not the fees paid to professionals are reasonable, and now that there is provision for appropriate penalties, the federal government will in fact be intervening into the area of health care. Under the agreements that existed in the previous system, the federal government did not really intervene, but was rather an interlocutor who constantly tried to ensure that the principles of universality, free service, accessibility, portability and public administration were respected.

There is a vast difference between a role for the federal government of maintaining the principles, and that of being involved in policy-making.

I would like to mention as an example technological development. Like the other provinces, some of which have already begun their efforts in this regard, Quebec will have to update its diagnostic and therapeutic equipment, which is extremely expensive.

We believe that in light of the new powers the federal government is giving itself, in light of the penalty provisions included in the act, and in light of the no doubt enlarged bureaucracy that will be necessary to implement the program, there could be conflicts, even within Quebec itself, when decisions are made on the allocation of resources. Let me give you an example. If a particular piece of diagnostic or therapeutic equipment is essential, and if access to it is not guaranteed for reasons other than financial considerations, for example weather conditions in winter, the federal government would be required to make decisions on the allocation of resources. You can take it from me that we are already having a difficult time in Quebec deciding where we are going to locate the *emiscan*. We think this power is rather dangerous.

I know it has been said that our fears arose out of a poor translation of the text in question, but it is important to determine whether the wording was drafted first in French or in English. For example, the concept of encouraging effective allocation of resources appears in French as *rationalisation des ressources*. I will use the French version of the bill for my purposes here, but the point I am making could apply to other aspects of the bill.

There are six million people in Quebec, and there are two places where heart transplants are done: the *Institut de cardiologie de Montréal* which is an outstanding institution, and the *Hôpital Notre-Dame* which is the largest university

[Texte]

universitaire, le plus grand du Québec et le plus important en termes de budget, de médecins, de clientèle, de lits, etc. Nous sommes six millions d'habitants. Il faudra un jour régler ce problème. On dispense des techniques aussi complexes et aussi dispendieuses à deux endroits sur un territoire de six millions d'habitants, alors qu'aux États-Unis, il y a deux de ces endroits pour 250 millions d'habitants. Il est clair qu'il va falloir prendre des décisions dans ce domaine-là.

Est-ce que cette notion d'accessibilité géographique, puisque la norme est maintenant nationale, n'entraînerait pas, à moyen terme, l'État fédéral à devoir trancher dans des domaines comme ceux-là en utilisant la notion de convenabilité des budgets, et à devoir choisir non pas entre l'Institut de cardiologie et l'Hôpital Notre-Dame, mais entre Toronto et Winnipeg ou entre Vancouver et Montréal? Il est bien évident que cela est inacceptable pour nous.

Je ne suis pas sûr de cela, évidemment. Si le ministre nous dit que c'est le texte anglais qui prévaut... Je ne suis même pas certain que cela aura une influence sur le reste, mais c'est cela, la nature même de ce qu'il y a dans ce projet de loi qui vient affecter non pas le plaisir des bureaucraties de décider, mais les véritables orientations et les priorités du système. Cela est important. Un système de santé ne peut pas fonctionner à la va-comme-je-te-pousse. Un système de santé, c'est un un appareil en constante adaptation aux besoins perçus et analysés et en constante adaptation aux ressources nouvelles, comme par exemple la technologie. Cela présuppose donc une série de décisions au niveau de l'orientation, de la planification, de l'administration et du financement. Ces décisions sont prises par des institutions. La responsabilité en est assumée par les hommes et les femmes politiques qui doivent rendre compte à la population. Nous, nous ne rendons pas compte uniquement de principes ou d'intentions; nous rendons compte de choses qui se passent réellement.

Or, le projet de loi C-3, encore une fois, en introduisant un pouvoir de réglementation et de détermination unilatéral dans des objets comme ceux-là, et même dans certains de ceux qui sont contenus dans les ententes, vient changer toute cette dynamique.

Mr. Epp: Just one short question if I might, Mr. Chairman. Mr. Minister, I think you have critics in the National Assembly similar to what the Liberal government is finding here in Ottawa. I understand your critic has had a conversation with the federal Minister regarding the wording in clauses 3 and 4. I do not know if you are aware of that, nor do I know if that is going to be pursued by my colleagues on the other side.

In conclusion, Mr. Minister, you mentioned the allocation of resources. I believe I understand that while you do not have the specifics of the Bill that address you directly, obviously the reallocation of resources can affect you very dramatically, and also the regulations. I say to you that we too are concerned about the regulations, because there is a lot of discretionary power in the Bill, and the regulations have not been discussed in this committee.

[Traduction]

hospital in Quebec, with the largest budget, the most doctors, the largest number of patients and the most beds. As I said, the population of Quebec is six million. Some day we are going to have solve the problem of having facilities to perform this complex and costly procedure in two locations for such a small population. In the United States, for example, there are two places that perform heart transplants for a population of 250 million. There is no doubt that decisions are going to have to be made in this area.

Since standards will be national under the proposed legislation, would the concept of geographic accessibility not involve the federal government, in the medium term, in making decisions in areas such as this by applying the principle of budget adequacy? And might it not have to choose, not between the *Institut de cardiologie* and the *Hôpital Notre-Dame*, but between Toronto and Winnipeg or Vancouver and Montreal? It goes without saying that we find such a situation unacceptable.

Of course, I am not sure that this is what happened. If the minister tells us that the English version takes precedence... I am not even sure that this will have an effect on the rest of the bill, but the point is that the very nature of the bill is to have an effect not on minor decisions made by bureaucrats, but on the policies and priorities of the whole system. This is an important point. A health care system cannot function in a haphazard way. A health care system must be constantly adapted to perceived and analysed needs and to new resources, such as technological developments. This means that a series of decisions must be made regarding the policy, planning, administration and financing of the health care system. These decisions are made by the institutions, who must be accountable to the people. We are not accountable only for principles or intentions; we are accountable for what actually happens.

Here again, Bill C-3, through the regulation power of the federal government and its unilateral powers in areas in those as I have just mentioned, and even in some of the areas mentioned in the agreements, is going to change the whole way in which the system formerly worked.

M. Epp: J'ai une brève question, si vous me le permettez, monsieur le président. Je pense, monsieur le ministre, qu'il existe à l'Assemblée nationale des critiques semblables à ceux auxquelles le gouvernement libéral a fait face ici à Ottawa. Je crois savoir qu'un de vos critiques a eu une conversation avec le ministre fédéral concernant le libellé des articles 3 et 4. Je ne sais pas si vous êtes au courant de cela, tout comme je ne sais pas si mes collègues d'en face vont poursuivre cette question.

A la fin de vos observations, monsieur le ministre, vous avez parlé de l'affectation des ressources. Je crois comprendre que même si vous n'avez pas les détails précis du projet de loi qui s'intéressent à vous directement, il va sans dire que la réaffectation des ressources peut avoir une incidence dramatique sur le Québec. Tout comme vous, nous nous préoccupons des règlements, car le projet de loi comporte beaucoup de pouvoirs discrétionnaires, et le Comité n'a pas parlé des règlements.

[Text]

• 1625

Could you give us one or two concrete examples of what you feel would be the anticipated effect at the local centre, right where the rubber hits the road, the effect that Bill C-3 would have at the local centre on two areas: First, the efficiency from a resource allocation point of view; and second, from the point of view of the quality of care for the community that the system now serves? Could you give us some concrete examples of how you see that working?

Mr. Johnson: Voici un exemple des conséquences du projet de loi C-3 sur l'allocation des ressources. À partir du moment où l'État fédéral a le droit de déterminer et de couvrir une série de choses, par règlement, à partir du moment où il détermine le degré convenable, à partir du moment où tout cela est applicable par un appareil de sanction très raffiné et à partir du moment où, par définition, il va se doter de gens pour le juger, il se peut, par exemple, que, dans une région donnée du Québec, un établissement ou un certain nombre d'établissements invoquent le principe d'accessibilité qui ne peut être apprécié dans sa réalité que par l'État fédéral. Ce dernier peut alors décider que l'extraction dentaire dans telle région du Québec, où les chemins sont fermés en hiver à cause des grosses tempêtes, devrait se pratiquer en cabinet, alors que nous pensons que l'hôpital, qui est situé dans un endroit accessible, devrait s'en charger.

Maintenant, je vois la difficulté de transcrire de telles situations dans des normes nationales. Mais le jour où il y aura assez de gens sur le territoire pour démontrer que, dans des cas d'urgence, l'accessibilité à l'extraction dentaire est une chose importante, l'État fédéral, et d'ailleurs il le laisse déjà entendre en disant qu'il veut discuter de la plomberie, et il manifeste déjà son intention en ce sens, peut décider, encore une fois, par réglementation et parce qu'il établit la liste des services assurés, que ce sera couvert et, d'un bout à l'autre du Canada, parce qu'il n'y a plus d'entente.

Le jour où ce sera couvert concrètement, cela veut dire que le gouvernement du Québec, n'ayant plus l'argent versé par le gouvernement fédéral, sera obligé d'assumer ces coûts par une réaffectation des ressources dans le système. Mais, sur une base régionale, par le moyen des institutions dont nous disposons les conseils régionaux, les tables administratives où se réunissent les représentants des hôpitaux et divers groupes, nous sommes peut-être en train de trouver une solution au problème d'accessibilité à l'extraction dentaire dans le secteur privé non assuré.

Nous pourrions inventer des tas de scénarios, mais le pouvoir de déterminer ces choses existe et je suis convaincu que les appareils bureaucratiques étant ce qu'ils sont, et, monsieur le président, je vous parle de tous les appareils bureaucratiques, trouveront bien l'occasion de vouloir intervenir avec le temps.

Prenons un autre exemple: le transport ambulancier. Nous avons chez nous un système de transport ambulancier qui, encore une fois, est une jonction extrêmement complexe d'entreprises privées, de subventions, d'accès aux personnes à l'aide sociale et aux personnes âgées. Le jour où l'on se mettra à apprécier l'accessibilité des services et qu'on y inclura le transport ambulancier, qu'on le standardisera... Or, le

[Translation]

Pourriez-vous nous donner un ou deux exemples concrets de l'incidence du Bill C-3 sur les centres locaux, et ce dans deux domaines. D'abord, pour ce qui est de l'efficacité de l'affectation des ressources; et deuxièmement du point de vue de la qualité des soins. Pourriez-vous nous donner des exemples concrets?

Mr. Johnson: Yes, I will give you an example of the effects of Bill C-3 on the allocation of resources. Once the federal government is entitled to determine and insure a series of services by regulation, once it sets the definition of "adequate" services and once the whole system is implemented through a very refined penalty mechanism, and once the federal government sets up its own staff to make such decisions, it could happen, for example, that in a particular part of Quebec one or more institutions could raise the principle of accessibility which can only be decided on by the federal government. Under the new bill, it could decide that in a particular part of Quebec, where roads are closed in the winter because of storms, teeth should be extracted in a dentist's office, whereas we think that a hospital, located in accessible centre, should perform the service.

Once there are enough people in a particular part of the country to show that access to tooth extraction services in emergencies is important, the federal government can decide, again by regulation, because it establishes the list of insured services, that this will be covered right across Canada, because there will no longer be any agreements with the provinces on such matters. The federal government has in fact suggested already that it wants to talk about the details of the act and regulations.

Once this service is in fact covered, the Quebec government, even though it no longer receives money from the federal government, would be obliged to pay for the cost of these services through a reallocation of resources within the system. However, we are perhaps in the process of finding a solution to the problem of access to tooth extraction in the private, uninsured sector, through discussions we are having with regional boards and administrative bodies representing the hospitals and other groups.

We could imagine all sorts of other things that could happen, but the power to make decisions on such matters is spelled out, and I am convinced that given the nature of bureaucracies, and I mean all bureaucracies, Mr. Chairman, they will find an opportunity to intervene eventually.

Let me give you another example: ambulance service. In Quebec, once again we have an ambulance service which is an extremely complex combination of private firms, grants, with access for welfare recipients and senior citizens. If ever the federal government tries to assess accessibility to services, including ambulance services, and tries to standardize them... Quebec has made some choices in this area, and these

[Texte]

Québec a fait des choix dans ce domaine et ce sont des secteurs qui coûtent extrêmement cher. Or, on peut le perturber. Et si on décidait, par exemple, dans le cas du Québec, que le transport ambulancier doit respecter le principe de l'administration publique, l'un des cinq grands principes du projet de loi et qui existe depuis l'assurance-maladie, cela veut dire qu'à toutes fins pratiques, il faudrait nationaliser ce service.

Si je ne me trompe, et que l'on me corrige, en Ontario, ce système est public alors qu'au Québec, il s'agit d'un système privé.

• 1630

Ces choses-là sont concrètes. Elles représentent des millions. Il y a ensuite l'évaluation de décisions dans un contexte qui est toujours plus large. Enfin, au bout de la ligne, dans la mesure où les ressources sont limitées, et Dieu sait jusqu'à quel point on vit cela depuis quelque temps... Je dois vous dire que tous les ministres provinciaux de la Santé l'ont vécu, tout comme les ministres de l'Éducation. Nous pensons qu'au bout de la ligne, dis-je, cela peut entraîner les gouvernements à limiter l'assurance-maladie pour pouvoir financer des choses qui font l'objet de *lobbies* particuliers ou d'engagements politiques, ce qui est de bonne guerre dans une élection des candidats fédéraux. C'est là que se trouve la véritable érosion du régime d'assurance-maladie au Canada.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Le président suppléant (M. Breau): Merci, monsieur Epp.

Monsieur Blaikie, vous avez des questions? En français, s'il vous plaît. Il parle très bien français, lui.

Mr. Blaikie: On page 10 of the brief, you point out something which I think needs to be understood better with respect to the question of federal-provincial funding. Prior to 1977, both the federal government and the provinces shared the risks. I was going to say that you point out here something I think should be pointed out more often with respect to the funding question. It seems to me that we get bogged down in accusations and counter-accusations about who is spending what percentage in what year of health care costs and forget that the fundamental case of the provinces, *vis-à-vis* the funding, is that it is only the provinces whose contributions to health care are related to increases in health care costs. The federal government, with the help of the provinces really... I think the provinces when they agreed to go into block funding in 1977 should have seen this coming, but did not, and allowed themselves to be enticed by the richness of the contributions planned by the federal government in the first three years of that five-year agreement. They really put themselves in a position where they would be at the disadvantage in the long run. So my question is: Given your concern about non-intervention on the part of the federal government in health care priorities in Quebec, would you be willing to go back to a system of more direct cost-sharing, if you are concerned that in the block funding arrangement you are at a disadvantage?

Mr. Johnson: No, sir.

Monsieur le président, la position du Québec sur ces questions a toujours été constante. Elle l'est depuis Jean

[Traduction]

are extremely expensive services. The system can be upset. If it were to be decided, in the case of Quebec, that ambulance service must comply with the principle of public administration, one of the five main principles of the bill and one that has existed since the introduction of medicare, this means, to all intents and purposes, that this service would have to be nationalized.

I believe, and I would ask someone to correct me if I am wrong, that ambulance services in Ontario are administered publically, whereas in Quebec it is a private system.

These things are real things. They represent millions of dollars. And then the decisions are assessed in a framework that becomes larger and larger. Finally, at the end of the line, as our resources are limited and God knows that this has been the case for some time now... I must say that all the provincial ministers of health have known it as the ministers of education. So we think that at the end this could bring the governments to limit medicare to be able to fund programs which are being lobbied for or which the governments have committed themselves to which is quite normal in a federal election. This is where medicare in Canada is really being eroded.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

The Acting Chairman (Mr. Breau): Thank you, Mr. Epp.

Mr. Blaikie, do you want to ask any questions? In French please, he is very fluent in French.

M. Blaikie: À la page 10 de votre mémoire, vous faites une remarque sur ce qui, à mon avis, devrait être mieux compris à propos du financement fédéral-provincial. Avant 1977, et le gouvernement fédéral et les provinces partageaient les risques. J'allais dire que vous mettez l'accent sur quelque chose qui devrait l'être plus souvent à propos de cette question de financement. Il me semble que chacun se bat pour savoir qui dépense quel pourcentage des frais médicaux en quelle année et oublie que l'élément fondamental pour les provinces est que ce sont les seules à financer l'augmentation des frais de santé. Le gouvernement fédéral, avec l'aide des provinces... Lorsqu'elles ont accepté de recevoir un crédit global en 1977, les provinces auraient dû être mieux averties, mais elles ont été attirées par l'importance des crédits qu'accorderait le gouvernement fédéral au cours des trois premières années de cet accord quinquennal. En réalité, elles se sont mises dans une position qui, à long terme, les défavoriserait. Je vous pose donc la question suivante: Puisque vous ne voulez pas que le gouvernement fédéral dicte les priorités en matière de soins médicaux au Québec, accepteriez-vous d'en revenir à un système de partage des coûts plus direct si vous craignez être en position défavorable en acceptant un crédit global?

M. Johnson: Non, monsieur.

Mr. Chairman, Quebec's position on these matters has never failed. It has been the same since Jean Lesage. For us, it is

[Text]

Lesage. Pour le Québec, la notion de primauté législative dans le domaine de la santé, dans le domaine de la sécurité du revenu et dans le domaine des services sociaux, c'est une chose fondamentale. C'était fondamental sous Jean Lesage, sous Daniel Johnson, sous Jean-Jacques Bertrand, sous Robert Bourassa et, au niveau du ministère des Affaires sociales, sous celui qui vous parle, sous Castonguay, Forget, Cloutier... Là je regrette, car je me perds au début des années 60. J'étais peut-être un peu trop jeune.

Pourquoi cette revendication? Parce que, encore une fois, dans un domaine comme celui de la santé, à partir du moment où on respecte les grands principes établis dans la législation de 1958 et de 1966 au niveau canadien, il faut laisser au système la marge de manoeuvre dont il a besoin pour fonctionner. Il faut lui laisser cette souplesse nécessaire pour s'adapter. Il est fort possible que certaines provinces ne partagent pas cette vision. Nous croyons, quant à nous, que cette marge de manoeuvre est essentielle. Cependant, il nous paraît important de revenir sur l'évolution des deux régimes: le régime financier et le régime administratif depuis 1977.

Before 1977, the federal government assumed 50% of the costs and the provincial counterpart assumed 50%. That is the financial arrangement. And I refer you to Annex 3. *Le régime administratif* was the two laws of 1958 and 1966. It provided the basic principles of the regime and said that the implementation was provincial and there would be an agreement between each province and the federal government.

• 1635

From 1977 on, because the federal government was preoccupied with limiting its contribution to sharing the increases in costs, it transferred the tax points, gave a revenue guarantee and did not assume that responsibility or that risk of the costs, which were going up. So the provinces wound up with the notion that they assume, alone, the increases in costs. Besides that, the *régime administratif* remained unchanged.

Mr. Blaikie: That was an agreement; 1977 was an agreement. That was not...

Mr. Johnson: Yes, it was an agreement. The provinces agreed on that and Quebec agreed and still agrees on these basic principles. It can find that there is not enough money in the system and I will tell you why it is most important that we get to it now.

In 1982, with the elimination of revenue guarantee, it brought down some more and still the provinces assumed the risks alone. The *régime administratif* remained unchanged. What does C-3 bring in? The federal approach remains unchanged in terms of limiting the risk for the federal government to share the costs, which are going up. The provinces not only assume the risks now, but will also assume the new financial risks created by the new legislation, if there is an extension of the coverage of the insurance system using the dynamics which I described before.

[Translation]

fundamental that Quebec retains its legislative pre-eminence in health care, revenue guarantees and social services. It was a fundamental point under Jean Lesage, Daniel Johnson, Jean-Jacques Bertrand, Robert Bourassa and, at the social affairs department level, under myself, under Castonguay, Forget, Cloutier. I do not remember the other names because it goes back too far at the beginning of the 1960s. Maybe I was too young.

So how can we explain our claim? Because again in the area of health care, if we want to conform ourselves to the fundamental principles developed in the federal legislation of 1958 and of 1966, we must give it the necessary leeway to make it work. It must be given this flexibility so that it can project itself. Maybe the other provinces do not share this view. But we think that this leeway is crucial. However, we believe it is important to think back about the evolution of those two arrangements: the financial arrangement and the administrative arrangement since 1977.

Avant 1977, le gouvernement fédéral prenait en charge 50 p. 100 des coûts de même que les gouvernements provinciaux. C'était l'accord financier qui avait été conclu. Et je voudrais vous renvoyer à l'Annexe 3. Le régime administratif englobait les deux lois de 1958 et 1966. Elles énonçaient les principes fondamentaux du régime et stipulaient que l'application de ces principes relevait des gouvernements provinciaux et qu'un accord serait signé entre chaque province et le gouvernement fédéral.

A partir de 1977, le gouvernement fédéral ne désirant pas partager l'augmentation des coûts, a transféré les points d'impôt, accordé une garantie de recettes et s'est dégagé de cette responsabilité et n'a pas voulu assumer l'augmentation des coûts. Les provinces ont donc dû, seules, prendre en charge l'augmentation des coûts. En outre, le régime administratif est demeuré inchangé.

M. Blaikie: Mais il s'agissait d'un accord; l'accord de 1977 n'était qu'un accord.

M. Johnson: En effet. Les provinces l'ont accepté, le Québec l'a accepté et accepte toujours ces principes fondamentaux. Mais les crédits ne sont pas suffisants et je vais vous dire pourquoi il est si important d'étudier maintenant ce problème.

En 1982, la garantie des recettes ayant été abandonnée, les crédits ont diminué et les provinces ont continué d'assumer seules les risques. Le régime administratif est demeuré inchangé, alors qu'apporte le Bill C-3 de nouveau? Le gouvernement fédéral n'a pas changé de position puisqu'il ne veut toujours pas partager l'augmentation des coûts. Les provinces non seulement assument ces risques, mais devront également prendre en charge les nouveaux risques financiers que cette nouvelle loi entraînera si le régime d'assurance est étendu en recourant à la méthode que j'ai décrite auparavant.

[Texte]

En d'autres termes, ce que vous avez décrit à l'annexe 3 du mémoire démontre que la tendance, peut-être normale,—je vous laisse en juger, mesdames et messieurs,—du gouvernement fédéral à plafonner cette contribution, s'est accompagnée, avec l'émergence du projet de loi C-3, d'une action contrôlante encore plus grande, non seulement par un régime normatif, standardisé national et, à nos yeux, irréaliste en plus d'être dangereux, mais également d'une capacité d'imposer des coûts additionnels aux provinces, avec la possibilité de déterminer ce qui est assuré. A nos yeux, encore une fois, cela est inacceptable, d'autant plus que la position constitutionnelle du Québec est très claire sur ces questions, comme celle d'ailleurs, je le sais, d'autres provinces.

Un de mes collègues est venu hier et je crois qu'il vous a dit la même chose pour ce qui est de la compétence provinciale.

En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, le Québec est responsable du régime de santé, et ce n'est pas parce qu'il y a un pouvoir de dépenser fédéral à nos yeux, que cela doit être transformé en pouvoir de faire dépenser les provinces et de se doter d'un appareil qui permette à l'État fédéral de faire les choix, et des choix importants, en matière d'orientation et de maintien de la qualité des services aux citoyens.

A cet égard, monsieur le président, j'ai une citation qui m'apparaît assez importante. Judicieusement, au sujet des dangers que recèle le recours à ce pouvoir, un auteur dit, en citant un autre auteur:

Par exemple, le gouvernement fédéral, qui s'est toujours défilé lorsqu'il s'agissait d'agir suivant les pouvoirs que lui reconnaît le paragraphe 4 de l'article 93 de l'A.A.N.B. dans le domaine de l'éducation, a utilisé les moyens de subventions pour pénétrer résolument dans le domaine de l'enseignement technique et universitaire. En effet, le pouvoir de dépenser est actuellement interprété comme le droit pour le gouvernement de décider aux frais du contribuable si les gouvernements provinciaux exercent, comme il convient, tous et chacun des droits que leur confère la Constitution.

• 1640

L'auteur ajoutait, dans son brillant chapitre du livre de A.R.M. Lower, F.R. Scott et autres, *Evolving Canadian Federalism*, Durham Press, que le professeur Corry estimait extraordinaire que personne n'ait contesté devant la Cour suprême la constitutionnalité du prétendu pouvoir de dépenser. L'auteur que je vous cite dit ceci:

Je partage son étonnement, mais je trouve plus extraordinaire encore que les politologues ne parviennent pas à discerner l'effet corrosif que le pouvoir de dépenser aura sur la démocratie canadienne si la thèse actuelle continue de prévaloir et, en particulier, le chaos qui en résultera si les gouvernements provinciaux font leur même raisonnement et commencent à employer leur propre pouvoir de dépenser pour s'immiscer dans les affaires fédérales.

Pierre Elliott Trudeau, 1967.

[Traduction]

In other words, appendix three of our brief shows that the tendency, maybe normal, I will let you be your own judges of that, ladies and gentlemen, of the federal government in capping this contribution was compounded, with the tabling of Bill C-3, by an ever greater control, because not only this system is a normative, standardized and, we think, an unrealistic one and it is also dangerous, but the federal government can impose additional costs to the provinces and can determine what services are insured. Again we think that this is unacceptable and even more so as the Constitutional position of Quebec is quite clear on these matters as is the position of the other provinces.

One of my colleagues came yesterday and I think that he told you the same thing as far as the provincial jurisdiction is concerned.

Under the BNA Act, Quebec is responsible for its medicare programs and it is not because the federal government has a spending power that it should be transformed into making the provinces spend money and develop an infrastructure that will allow the federal government to make choices, and important choices, as far as the evolution and the maintenance of the quality of the services to the general population is concerned.

On this matter, Mr. Chairman, I have here a quote which seems to me rather important. Very judiciously, one author says, quoting another author, about the dangers that the use of this power presents:

For example, the federal government, which has never taken its responsibilities when it should have acted according to the powers given to it by Subclause 4 of Section 93 of the BNA Act in the area of education, has used its funding power to enter forcefully into technical and university education. In fact, the spending power is now construed as being a right given to the government to determine at taxpayers' expense if the provincial governments exercise, as they should, every right given to them by the Constitution.

The author added, in his brilliant chapter in the book by A.R.M. Lower, F.R. Scott and others entitled *Evolving Canadian Federalism*, Durham Press, that Professor Corry thought it was extraordinary that no one had challenged the constitutionality of the alledged spending authority in the Supreme Court. The author in question made the following comment:

I share his amazement, but I find it even more extraordinary that political scientists have not managed to detect the corrosive effect that spending authority will have on Canadian democracy if the current situation continues, and particularly, the chaos that will result if the provincial governments make the same argument and begin using their own spending authority to interfere in federal matters.

Pierre Elliott Trudeau, 1967.

[Text]

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, this morning we had before us the Quebec Medical Association. They painted a rather gloomy picture of the health care system in Quebec. They talked about doctors leaving Quebec in the hundreds as a result of the system you have there. Of course, we are all, for one reason or another, interested in what the effect of not having extra-billing is on any province's health care system. We are all particularly interested in Quebec because it is one place where you have not had extra-billing for a long time. I was wondering if you would like the opportunity, as I am sure you would, to put the other side of the story, if there is one. Is it the case that you are suffering this incredible immigration of doctors as a result of the practices followed by your government and governments which preceded you?

M. Johnson: Monsieur le président, nous avons une vieille expression au Québec — je pense qu'elle vient d'un vieil auteur français — qui dit: «Quand je me regarde, je me déssole; quand je me compare, je me console.» C'est pour cela que des problèmes comme ceux-là doivent être mis en perspective et en comparaison avec d'autres.

Je vous cite les chiffres de l'année 1982 qui sont les derniers disponibles. La source en est *Physician's Stock and Flows in Canada by Province, 1973-1980* et *Médecins civils actifs ayant sorti du pays, 1974-1982* ainsi que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada. En 1982, 231 médecins sont sortis du Québec. Il est possible qu'en 1983, il y en ait eu un peu plus. Je n'ai pas vu les statistiques. De ceux-là donc, 119 sont allés vers d'autres provinces, donc plus de la moitié, et 112 sont allés à l'extérieur du Canada.

There were 322 doctors who got out of Ontario last year. That is more than 50% more than Quebec doctors. I know they are a little more numerous, but not that much. One hundred and thirty-three of them, less than half of them, went to other provinces and 189 of them went to the United States or other countries.

Alors, je pense qu'il faut garder à l'esprit que la médecine, avec le génie civil, la poésie et la philosophie, est une des occupations dans lesquelles il y a le plus de mobilité. Par définition, les hommes et les femmes qui pratiquent ce métier sont, en général, des individualistes acharnés—j'en suis un—qui aiment exercer leur liberté de choix et qui ont une discipline qui leur permet, comme en génie minier d'ailleurs, d'être présents à peu près n'importe où dans le monde et d'être utiles avec leur bagage de connaissances et d'habiletés. Il ne faut pas se surprendre, donc, qu'il y ait 50 p. 100 de plus de médecins ontariens qui sortent de l'Ontario qu'il y a de médecins québécois qui sortent du Québec. Cela dit, il est exact que la rémunération des professionnels de la santé au Québec est inférieure à celle du Canada, contrairement à ce qui était le cas en 1971.

• 1645

A mon avis, cela découle de trois facteurs: dans un premier temps, la contribution réelle des médecins du Québec à accepter les contraintes imposées par la crise économique, de 1981 jusqu'à tout récemment, et d'accepter, comme membres

[Translation]

M. Blaikie: Monsieur le président, ce matin nous avons eu comme témoin l'Association médicale du Québec. Les représentants de l'association ont décrit le régime de soins de santé du Québec de façon plutôt pessimiste. Ils nous ont dit que des centaines de médecins ont quitté le Québec à cause de votre régime. Pour une raison ou pour une autre, nous nous intéressons tous à l'incidence sur un régime provincial de soins de santé de l'absence de la surfacturation. Nous nous intéressons surtout au Québec, car c'est un endroit où la surfacturation n'existe pas depuis longtemps. J'aimerais vous donner l'occasion de présenter l'autre côté de la médaille, s'il y en a un. Est-ce vrai qu'un nombre incroyable de médecins quittent la province à cause des pratiques de votre gouvernement et des gouvernements qui vous ont précédés?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, we have an old expression in Quebec—I believe it is by an old French author—which goes as follows: “When I look at myself I am distressed; when I compare myself to others, I am heartened.” In other words, this type of problem must be seen in perspective and in comparison to others.

I will quote the figures for 1982, which are the most recent. My source is *Physician's Stock and Flows in Canada by Province, 1973-1980* and *Médecins civils actifs ayant sorti du pays, 1974-1982*, and documents from the Department of National Health and Welfare of Canada. In 1982, 231 physicians left Quebec. It is possible that there may have been a few more in 1983. I have not seen the statistics. Of these 231 doctors, 119 of them went to other provinces, more than half of them, and 112 went outside of Canada.

Il y avait 322 médecins qui ont quitté l'Ontario l'année dernière. C'est plus de 50 p. 100 de plus que le nombre de médecins qui ont quitté le Québec. Je sais qu'il y a un peu plus de médecins en Ontario qu'au Québec, mais pas tant que cela. Sur ces 322 médecins, 133, moins de la moitié, sont allés dans les autres provinces, et 189 sont allés aux États-Unis ou dans d'autres pays.

So I think it should be remembered that medicine, along with civil engineering, poetry and philosophy is a job in which there is more mobility than others. By definition, physicians are generally fervent individualists—and I should know because I am one—who like to exercise their freedom of choice, and who have knowledge and abilities, as do mining engineers, that enable them to work almost anywhere in the world. We should therefore not be surprised that the number of doctors who left Ontario is 50% higher than the number of doctors who left Quebec. Having said this, it is true that health professionals in Quebec are paid less than in the rest of Canada, which was not the case in 1971.

In my opinion, the situation can be attributed to three factors: First, the real contribution Quebec doctors have made by accepting the restrictions imposed by the economic crisis that has lasted since 1981 and by accepting, as members of

[Texte]

de la société, qu'ils devaient s'en tirer avec moins d'argent, comme tout le monde d'ailleurs; deuxièmement, leur conscience et leur connaissance du fait que la richesse collective québécoise est moindre que la richesse collective qu'on peut retrouver ailleurs et, troisièmement, il faudra reconnaître que la part que le Québec consacre à la santé est supérieure à la moyenne canadienne. Je ne parle plus ici de la rémunération, mais, de façon générale, de la part du P.I.B. que nous y mettons, 7.4 p. 100 du P.I.B. va à la santé au Canada alors qu'au Québec, elle est de 8.5 p. 100.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. I see our ministers around the country have all one thing in common, no matter what their political party. They all like to answer at length. I really appreciate you here, Mr. Minister and your delegation, but we have a lot of people who do want to ask questions. Perhaps I would ask the questioners to keep their questions or statements brief. Perhaps you could accommodate us too. Mr. Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

Nous vous savons gré, monsieur le ministre, de vous être fait violence et d'avoir bien voulu participer et contribuer au débat législatif qui entoure l'étude du projet de loi C-3. Nous sommes particulièrement heureux que vous ayez jugé bon d'amener avec vous une délégation nombreuse et éminente, et j'espère que les délibérations d'aujourd'hui nous permettront de déblayer du terrain, du moins, c'est là je pense votre objectif et le nôtre.

J'ai écouté avec attention votre déclaration liminaire qui, pour moi, comportait deux parties. Tout d'abord un état de la santé au Québec, et bien sûr, nous souscrivons aux objectifs que vous décriviez et nous applaudissons aux réalisations que la province a connues depuis l'avènement du système en matière de promotion de la santé et, dans un deuxième temps, dans un réquisitoire long et assez vague, vous accusiez le projet de loi C-3 d'empiéter sur l'existant et de le déborder, surtout en matière de répartition des champs juridictionnels. Nous reviendrons sur cette question dans quelques instants.

Heureusement, nous avons reçu, le 26 janvier, du moins les députés du Québec, je ne sais pas pour les autres, mais mon collègue, monsieur La Salle en a certainement eu une copie, une lettre signée par vous, ainsi qu'un document d'appui qui nous indiquaient, de façon beaucoup plus détaillée cette fois, certaines des réserves, des craintes, des difficultés et des ambiguïtés que vous déceliez dans le projet de loi C-3. Et c'est sur ces questions que j'aimerais que nous passions quelques instants durant le temps qui m'est imparti.

Mais d'abord, j'aimerais dire à quel point je suis un peu surpris par le côté étrange de la situation où la province de Québec, par votre intermédiaire, est celle qui, en principe, devrait être la moins touchée par cette législation et qui y voit les difficultés les plus sensibles. D'ailleurs, il faut signaler que cette mesure législative vise essentiellement à interdire la surfacturation des médecins, problème qui n'existe pas au Québec puisque la loi provinciale l'interdit et, deuxièmement, de même que les frais aux usagers, problème qui, du moins, le pensait-on, n'existe pas ou n'existait pas au Québec, sauf pour

[Traduction]

society, that they would have to make do with less money, just like everyone else; second, their awareness and knowledge of the fact that the collective wealth in Quebec is less than that elsewhere and, third, the fact that Quebec's contribution to health is above the Canadian average. I am not talking about salaries here, but of the gross domestic product; 7.4% of the GNP goes to health in Canada while, in Quebec, it is 8.5%.

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Je constate que tous les ministres au pays partagent un trait commun, peu importe leur adhésion politique. Ils aiment tous répondre longuement. Monsieur le ministre, j'apprécie que vous et votre délégation soyez venus, mais je vous signale qu'il y a un grand nombre de personnes qui veulent poser des questions. Je demanderais aux députés d'être brefs. Monsieur le ministre, permettez-moi de vous demander la même chose. Monsieur Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, let me say how much we appreciate that you overcame your reluctance and are ready to participate in and contribute to this legislative debate on Bill C-3. We are particularly happy that you decided to bring such a large and distinguished delegation along and I hope that today's proceedings will enable us to make some headway. At least, I think we both have the same objective here.

I listened attentively to your opening statement that contained two parts, as far as I could tell. First of all, there was Quebec's bill of health. We, of course, subscribe to the objectives you listed and we congratulate the province's achievements since health care promotion began. The second part was a lengthy and fairly vague indictment of Bill C-3 which you accuse of encroaching on what exists now and even going beyond the present jurisdictions. We will come back to that question in a few minutes.

Fortunately, on January 26, we received, at least the members from Quebec, as well as my colleague, Mr. La Salle, I am sure, a letter signed by you accompanied by a document giving a detailed account of the reservations, fears, difficulty and ambiguities that you found in Bill C-3. I would like to devote some of my allotted time discussing the problems you outline.

However, first of all, I should like to say that I find it quite strange that the Province of Quebec, who, in theory, should be the least affected by this legislation, finds the most fault with the bill. In fact, it should be pointed out that this legislative measure is basically designed to forbid extra-billing by doctors, a problem that does not exist in Quebec because it is already forbidden under provincial legislation. In addition, the problem of user fee did not appear to exist in Quebec, with the exception of a few cases that you yourself describe as cases in point. But we shall come back to that later.

[Text]

quelques cas que vous-même dites d'espèce, mais nous y reviendrons plus tard.

De toute manière, vos fonctionnaires, monsieur le ministre, et ceux de M^{me} Bégin doivent se rencontrer, je crois comprendre, demain matin pour discuter justement de cette définition ou d'une meilleure définition, si vous voulez, de ce que constituent des malades chroniques réels et des malades de longue durée, mais réhabilitables. De toute façon, je ne discuterai pas de cette question pour l'instant.

• 1650

Le projet de loi clarifie aussi la condition de la transférabilité, demande, exige ou délimite les statistiques nécessaires à la mise en oeuvre de la Loi sur la santé nationale et indique aussi qu'il est nécessaire qu'on fasse état des contributions fédérales. J'aimerais simplement signaler qu'il s'agit de 2.5 milliards de dollars. Les contribuables québécois sont en droit, évidemment, de savoir où vont leurs taxes. Mais l'essence du projet de loi reste l'interdiction des tickets modérateurs et de la surfacturation, deux problèmes qui ne touchent pas, en principe, le Québec. Pour ce qui est du reste, le projet de loi C-3 ne devait être qu'une codification des deux lois de 1958 et 1966 et des pratiques déjà existantes. C'est d'ailleurs toujours l'intention du législateur, quitte à ce que nous corrigions le texte.

J'en viens maintenant aux détails de vos problèmes tels qu'ils étaient exprimés dans le document que vous nous avez parvenu le 26 janvier. Tout d'abord, nous avons étudié plusieurs des difficultés que vous y exprimiez, et nous avons pu constater effectivement des problèmes, des ambiguïtés. C'est justement la raison pour laquelle il y aura éventuellement lieu de modifier le projet de loi en conséquence. À cet égard, j'aimerais que nous revoyions ensemble quelques-unes de ces propositions qui ont été faites par les intervenants du milieu, par vous-mêmes ou par d'autres, pour tenter de trouver des solutions concrètes à ces problèmes que vous avez vous-même identifiés.

D'abord, en ce qui concerne l'article 2, j'aimerais simplement vous mentionner qu'en ce qui concerne la liste des services assurés, il n'y a rien de nouveau. Elle existe, elle n'a jamais été mise en question, elle n'a jamais été critiquée depuis 1958. C'est textuellement la même liste, c'est la raison d'être des contributions à la santé du gouvernement du Canada, c'est la raison d'être des 9.5 milliards de dollars que le gouvernement du Canada consacre à la santé. Je le répète, ces services assurés sont les mêmes depuis 1958 et ils sont à l'article 2 du projet de loi. Il n'y a donc là rien de nouveau par rapport à la situation antérieure. D'ailleurs le protocole d'entente signé le 28 juillet 1980 entre le docteur Lazure, M. Morin et le ministre Bégin mentionne expressément le fait que les soins devront être prescrits, et je me réfère à l'article 4 a), sous réserve de la loi fédérale en particulier. Évidemment, ces services assurés existent depuis 1958, sans qu'ils aient été critiqués depuis, et ce sont ces mêmes services assurés que l'on retrouve à l'article 2.

L'article 3 et l'article 4 maintenant. En ce qui concerne le respect des champs juridictionnels, vous avez mentionné des difficultés que pose le texte proposé. En particulier, vous avez

[Translation]

In any event, your officials, Mr. Minister, and Madam Bégin's officials are to meet tomorrow, if I am not mistaken, to discuss this very question of the definition or the improved definition of chronic patients and patients requiring extended care, but who can be rehabilitated. In any case, I am not going to discuss this matter now.

The bill also specifies the portability condition, requests, demands or defines the data necessary for the implementation of the National Health Act and indicates that federal contributions must be taken into account. I would simply like to point out that there is \$2.5 billion involved here. The Quebec taxpayers obviously have the right to know where their taxes are going. But, basically, the purpose of the bill is to forbid user fees and extra-billing, two problems that do not, in theory, affect Quebec. As far as the rest goes, Bill C-3 is only supposed to be a codification of the two acts of 1958 and 1966, and of existing practices. This is the intention of the legislator, unless we change the text.

I would now like to turn to the problems you outlined in detail in the document you sent on January 26. We studied many of the problems you listed and we concluded that there were, in fact, problems and some ambiguity. That is why the bill should possibly be amended. I would like us to go over together some of the proposals made by representatives from the field, by yourselves or by others, in an attempt to find concrete solutions to these problems you yourself identified.

First, regarding Section 2, I would simply like to point out that the list of insured services is nothing new. It exists already and has never been brought into question, never been criticized since 1958. The wording is the same. It is the *raison d'être* of the Government of Canada's contributions to health, the *raison d'être* of the \$9.5 billion that the Government of Canada allocates to health. I repeat, these insured services have remained unchanged since 1958, and they are contained in Section 2 of the Bill. It does not represent a departure from the existing legislation. In fact, the agreement in principle signed on July 28, 1980, between Dr. Lazure, Mr. Morin and Mrs. Bégin explicitly states that care has to be prescribed, and here I am referring to Sub-section 4 a) and are subject to federal legislation particularly. Obviously, these insured services have existed since 1958, have never been criticized and are the same insured services as those listed in Section 2.

Now for Sections 3 and 4. You mention difficulties that you have with the bill regarding jurisdiction. You criticize particularly how restrictive the bill is. When you are answering

[Texte]

dénoncé son côté limitatif. Tout à l'heure, quand vous aurez l'occasion de me répondre, j'aimerais que vous puissiez me donner votre aval à ce que nous reproduisions dans le projet de loi C-3, par amendement, le préambule qui se trouve présentement dans l'accord signé entre la province de Québec et le gouvernement du Canada, préambule qui a été signé et donc agréé, je présume, qui délimite ces champs juridictionnels et qui consacre évidemment le fait que l'un et l'autre des deux champs ne devront pas empiéter sur les responsabilités de l'autre. Peut-être que cette proposition pourrait régler votre difficulté à cet égard.

En ce qui concerne l'article 3 et la difficulté que suscite le texte français de ces principes généraux qui sont énoncés à l'article 3, l'Association des hôpitaux du Québec a recommandé une formulation. Cependant, je dois insister sur le fait qu'il n'y a pas de traduction ici au Parlement du Canada. Les deux textes, l'anglais et le français, sont rédigés en parallèle; ils ne sont pas traduits d'une langue à l'autre ou vice versa, ce qui fait que les deux versions sont officielles, et la Loi d'interprétation stipule qu'on doit chercher l'intention du législateur. À cet égard, je vous propose un texte.

M. Johnson: C'est rationalisé!

M. Lachance: Que voulez-vous? On a un pays bilingue ou on n'en a pas. Pour nous, les deux versions ont la même valeur.

Alors, l'Association des hôpitaux du Québec a proposé une formulation qui pourrait éventuellement constituer un élément de réponse à cette difficulté d'interprétation que pourrait susciter le mot «rationalisation»,—et je dois avouer que j'ai moi-même des difficultés avec cette formulation, . . . soit de promouvoir, je dis bien, une allocation efficace des ressources du pays consacrées à la santé. Je dois dire que nous serions certainement plus que disposés à recommander au ministre qu'elle adopte cette formulation. De même, à l'article 4, on propose, en ce qui concerne la prestation des services de santé, de le remplacer par quelque chose dans le genre «en ce qui concerne les services de santé personnels».

Vous avez vous-même signalé qu'il y avait des difficultés possibles avec les services exemptés par opposition aux services assurés qui, eux, je le répète, existent depuis 1958, et que, par le biais de ce pouvoir réglementaire unilatéral, dans l'état actuel de la mesure législative, qui délimiterait les services exemptés, cela pourrait constituer, à l'avenir, des difficultés.

J'aimerais savoir si, dans le contexte de l'article 22 et, en particulier, dans celui de l'article 22.b), le ministre Johnson recommande que la loi soit modifiée afin que ce pouvoir réglementaire soit assorti de l'aval préalable des provinces concernées et si un tel amendement pourrait éventuellement résoudre un de ces problèmes.

En ce qui concerne les services dentaires, il a lui-même dit qu'il y avait possibilité d'extension de services par le biais de la définition réglementaire qui est donnée par le jeu combiné des articles 2, 22 et le règlement proprement dit. Or, *lestatu quo*, si on peut dire, c'est que certains actes dentaires doivent, dans la pratique, être fournis en institution.

[Traduction]

my questions, I would ask that you give me your approval to amend Bill C-3 to include the preamble to the agreement signed between Quebec and the Government of Canada. This preamble was signed, and therefore, agreed to, I presume, and it restricts these jurisdictions. It establishes, of course, that neither jurisdiction should infringe upon the other. Perhaps my proposal will solve the problems you have with jurisdiction.

Regarding Section 3 and the problem with the general principles expressed in the French text, the Quebec Hospital Association has recommended a solution. However, I must emphasize the fact that there is no translation of legislation here in Canada's Parliament. Both versions, the English and the French, are drafted simultaneously. They are not translated from one language to another, which means that both versions are official. The Interpretation Act stipulates that it is the intention of the legislator that must be reflected in the wording. So I have a wording to propose.

Mr. Johnson: It is rationalized.

Mr. Lachance: What do you want? Either we have a bilingual country or we do not. For us both versions carry the same weight.

So, Quebec Hospital Association proposed a wording that may begin to solve this problem that the interpretation of the word *rationaliser* might cause. I have to admit that I have some difficulty with that wording as well. They suggest the use of the word *promouvoir*, to encourage effective allocation of the nation's health resources. I must say that we would be more than happy to recommend to the Minister that she adopt this wording. Likewise, in section 4, it was proposed that the expression *la prestation des services de santé* be replaced by something like *en ce qui concerne les services de santé personnels*.

You yourself pointed out that there were possible difficulties caused by the exempt services, as opposed to the insured services which, as I have said, have existed since 1958. You mentioned that through this unilateral regulatory power, this legislative measure, which defines exempt services, might cause some problems in the future.

Regarding section 22 and, particularly subsection 22b, I would like to know whether the Minister would recommend that the Bill be amended so as to require approval from the provinces concerned prior to exercising this regulatory power. Would an amendment of this kind possibly be a solution to one of your problems?

Regarding dental care, the Minister himself stated that it would be possible to extend services through the regulatory definition provided for by the combined power of sections 2, 22 and the regulation itself. Now, the status quo is that certain dental services must be provided in institutions.

[Text]

Est-ce que vous recommandez que nous reconnaissons simplement, à l'article 2, qu'il existe des cas où ces services pourraient être rendus, et cela, sous réserve, évidemment, des pratiques de l'hôpital en question, dans l'institution, et qu'on laisse tomber complètement l'article 22.a) qui, lui, énumérerait les services, par voie réglementaire, soit les services assurés, soit les services exclus, dépendant de la formule qui aurait été retenue?

Finalement, monsieur le ministre, j'aimerais dire que, bien que je ne prétende pas parler au nom du ministre,—je n'ai aucune capacité à ce titre—je puis quand même dire que ces propositions que je vous fais pourraient certainement rencontrer l'intérêt et la sympathie du ministre et que, si nous pouvions, par ces amendements, régler certains des problèmes qui vous confrontent, à ce moment-là ce serait certainement une voie constructive pour améliorer sensiblement le projet de loi C-3.

Toutefois, je le répète et c'est cela qu'il faut rechercher, si on fait exception de ces éléments nouveaux, et en particulier de l'interdiction de la surfacturation et des frais aux usagers—qui ne touche pas, je le répète, le Québec... le projet de loi C-3 vise à codifier des pratiques déjà existantes et s'il y a des difficultés textuelles ou nécessité de définitions plus précises, nous sommes là pour entendre les suggestions que vous voudrez ajouter à celles que je vous ai déjà proposées.

Merci, monsieur le ministre.

M. Johnson: Merci, monsieur Lachance.

Monsieur le président, je tiens compte de vos remarques sur la brièveté des réponses. J'ai donc pris des notes pendant un quart d'heure, et j'espère pouvoir répondre rapidement.

M. Lachance: Le premier intervenant a le privilège de parler un peu plus longuement.

M. Johnson: J'en sais gré au député, monsieur le président, nous utilisons le même privilège à l'occasion.

D'abord sur le fait que je me suis fait violence, non! Je ne me suis pas fait violence. Nous sommes venus, d'une part, pour défendre les intérêts de ce que nous considérons être quelque chose de vital pour l'évolution du Québec. Deuxièmement, nous ne serions pas venus si nous avions disposé d'autres forums pour le faire.

• 1700

Le seul forum que nous avons eu pour expliciter cela, c'est celui-ci, et je me permettrai de le qualifier de quelque peu abusif. Il m'apparaît un peu étonnant qu'on oblige la Chambre des communes à se renseigner sur les enjeux fondamentaux d'un projet de loi qui touche tout le régime intergouvernemental dans le secteur de la santé, qui est un secteur vital au Canada et au Québec, par le biais d'audiences concentrées dans une période de quelques jours. C'est malheureusement le seul forum que nous avons. Il n'y a pas eu de conférence fédérale-provinciale depuis le dépôt du projet de loi, et c'est individuellement que les ministres de la Santé ont dû communiquer à leur homologue fédéral leur opinion sur ce projet.

[Translation]

Would you recommend that we simply recognize in section 2 that there are cases where the services could be offered subject to hospital practices, in institutions, and that subsection 22a be completely withdrawn! This subsection lists services that are insured or excluded from regulations, depending on the formula adopted.

Finally, Mr. Minister, although I do not claim to speak on behalf of the Minister as I am not authorized to do so, I would nonetheless like to say that my proposals would most probably interest the Minister. If, through these amendments, we could solve some of the problems you have with the Bill, it would certainly be a constructive way to improve C-3.

However, except for the new elements and particularly the forbidding overbilling and user fees which do not affect Quebec, as I said before, Bill C-3 is meant to codify existing practices. If there are any difficulties in wording or if there is a need to draft more specific definitions, we are here to receive any suggestions you may have to add to those I have already made.

Thank you, Mr. Minister.

Mr. Johnson: Thank you Mr. Lachance.

Mr. Chairman, I am heeding your remarks on the length of the replies. So, I took notes for a quarter of an hour and I hope that this will allow me to reply quickly.

Mr. Lachance: The first questioner has the privilege of speaking a little longer.

Mr. Johnson: I thank the member, Mr. Chairman, as we are using the same privilege in this instance.

First, regarding the remark about my having to overcome my reluctance. No, it was not that at all! We came, in part, to defend the interests of what we consider to be something vital to the evolution of Quebec. We would not have come had there been other forums available to express our views on this subject.

The only forum we have to express ourselves is this one, which is somewhat improper, if I may say so. It is surprising to me that the House of Commons be forced to consider the basic premises of a bill that affects the entire intergovernmental health scheme, a vital sector to Canada and to Quebec, through hearings all concentrated in the space of a few days. It is unfortunate that this is the only forum we have. There has been no federal-provincial conference since the bill was tabled and the Ministers of Health have had to come one by one to meet with their federal counterpart and express their opinion on the bill.

[Texte]

J'ai communiqué mon opinion sur ce projet à la ministre qui a refusé, à la fois dans nos conversations et publiquement, de reconnaître qu'il y avait là un problème. La ministre, à ce moment-là, a déclaré ce que le député vient de dire, à savoir que la seule chose importante dans ce projet de loi est l'abolition des tickets modérateurs et des frais aux usagers qui n'existent pas au Québec. Je lui répète que ce projet de loi abolit le régime des ententes, avec tout ce que cela comporte, avec tout ce qui en découle dans l'administration du système de santé dans chacune des provinces. Elle tourne du revers de la main un peu trop rapidement, à mon avis, ce qui est fondamentalement le cœur du projet de loi, soit l'abolition du régime consensuel.

Si le député me le permet, je lui dirai que je n'ai pas l'intention de faire ici une étude article par article du projet de loi. Je pense que ce n'est pas mon rôle. Si je veux que cela devienne mon rôle, je tenterai de me faire élire.

Je pourrai, cependant, reprendre l'objet de cette démarche. Monsieur le président, dans un discours qui a duré deux ans, d'un bout à l'autre du Canada, depuis la présentation du Budget de M. MacEachen de 1981, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il entendait apporter des modifications au régime et que les modifications financières pourraient être suivies de modifications au régime administratif. Il y a eu publication du Livre rouge du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Que disait-il pour l'essentiel, ce Livre rouge? Il disait «universalité, gratuité, portabilité, administration publique et transférabilité». Il ajoutait deux choses nouvelles à ce que nous connaissons depuis 1958 et 1966: la visibilité — on en reparlera — et une mise au point sur les tickets modérateurs. Je me souviens, d'ailleurs, des premières lignes de ce document: Il y a, en ce moment, en Saskatchewan, où je ne sais où, quelqu'un sur une table d'opération qui devra payer 200 dollars avant d'être endormi ou quelque chose du genre. Cela a sûrement eu un impact sur le public, mais au fond, qu'y avait-il dans ce livre? On répétait les principes que nous connaissons, que nous administrons et que nous respectons au Québec depuis 15 ans. On ajoutait le critère de la visibilité que l'on voit partout et on faisait une mise au point sur l'interdiction des tickets modérateurs. Or, que fait le projet de loi C-3? C-3, il est vrai, introduit la visibilité; il est vrai qu'il maintient les principes que nous administrons et que nous respectons depuis de années; il est vrai qu'il élimine d'autorité les tickets modérateurs, qui n'existent pas au Québec encore une fois. Mais surtout, il abolit le régime des ententes.

Or, pour ce qui est du système de dispensation, de toute l'orientation à donner, des instruments, nous devons avoir la souplesse nécessaire pour répondre aux nouveaux besoins des citoyens. Tout cela présuppose que c'est le contenu même des programmes qui est en cause. C'est ça un système de santé. Ce n'est pas seulement des briques avec des gens qui ont des professions dans le domaine de la santé, mais c'est en connaître les effets à moyen et à long terme, savoir dans quelle mesure on utilise ces ressources humaines, matérielles, techniques de la manière la plus adéquate possible, fixer nos priorités et nos plans d'action, mettre l'accent sur tel aspect en médecine dentaire plutôt que tel autre et tel aspect des médicaments plutôt que tel autre: c'est ça un système de santé!

[Traduction]

When I made known my opinion on this Bill, the Minister refused, privately and publicly, to recognize that there was a problem. Like the Member, the Minister said at that time that the only important implication of this Bill is the elimination of user fees and extra billing that do not exist in Quebec. I repeated to the Minister then that this Bill does away with the system of agreements, with all that entails, with all the implications that has for the administration of health care in each of the provinces. In my opinion, she has been a little too hasty in dismissing the crux of the matter, the fact that the Bill does away with the system of consensus.

If I may, I would like to inform the Member that I do not intend to do a clause-by-clause consideration of the Bill here. That is not my role. If I would like to make it my role, I would try to get elected.

I would, however, like to discuss the purpose of the bill. Mr. Chairman, in a nationwide speech that lasted two years, and that began with the tabling of the budget by Mr. MacEachen in 1981, the federal government announced that it intended to amend health care and that the financial changes would possibly be followed by administrative changes. The Minister of National Health and Welfare published the Red Paper. Now, what did that Red Paper basically say? It said "universality, free services, portability, public administration and transferability". Two new elements were added to the system described in 1958 and again in 1966: visibility (and we will get back to that) and an update on user fees. In fact, I remember the opening lines of the document. It went something like this: At this moment, in Saskatchewan, there is someone on an operating table who must pay \$200 before he can be put to sleep. I am sure that had an impact on the public, but, really, what else was there in this paper? They repeated the principles we are all familiar with, the ones we administer and the ones we have respected in Quebec for the past 15 years. The criterion of visibility that everyone talks about was added and there was an update on the prohibition of user fees. So what is the purpose of Bill C-3? C-3, true, introduces visibility. It is true that it maintains the principles we have administered and respected for years. It is true that it eliminates user fees, that do not exist in Quebec, as has been pointed out already. But, above all, it does away with the system of agreements.

Now, regarding the delivery system, its direction, the instruments that should be used, I feel that we should have the flexibility to meet the needs of the public as they arise. This all presupposes that it is the very substance of the programs that is at stake. That is a health system. It is not brick structures where people exercise their professions in health, but it is the knowledge of the medium and long-term effects. It is knowing how to use human resources, material and technical resources in the most adequate fashion possible. It is knowing how to set priorities and plans of action, how to bring out one aspect of dental medicine rather than another, one aspect of medication rather than another. That is a health system.

[Text]

• 1705

Or, nous avons obtenu des résultats pour notre peuple depuis quinze ans, parce que nous l'avons administré et parce que, comme société, tous les gouvernements qui se sont succédé se sont donnés des institutions et des moyens pour le faire. Or, c'est ce qu'on attaque par le projet de loi, par l'abolition du régime des ententes.

I would have a tendency to say, gentlemen, that I think someone is swinging a sledgehammer to crack a nut, and I am not going to discuss the colour of the sledgehammer, especially that there is no nut to crack.

M. Lachance: J'aimerais faire une brève remarque, monsieur le président.

The Chairman: A short question and then maybe that will...

Mr. Lachance: Yes, it will be 15 seconds. I would just like to say one thing since the Minister talked to me in English.

First of all, we are not interested in administration of the system; that is clearly the responsibility of the provincial authorities. Second, that block funding was introduced exactly for that reason—to give the provinces full flexibility in the way they developed their programs. Third, I do not see anywhere here how it is that the government is giving itself the tools to dictate to the provinces the way they should administer the system.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Minister.

M. Johnson: Puis-je répondre, monsieur le président, si vous me le permettez?

Quand le député affirme qu'il ne voit pas où l'État fédéral se donne le pouvoir de dicter, il n'a qu'à consulter l'article 2 qui donne la liste des services de chirurgie dentaire; pour le droit réglementaire, il peut lire les articles 19, 22, 22.d), 22.c), 22.e), 14, 15, les paragraphes (1),(2) et (5) de l'article 20 et finalement, l'article 15.

M. Lachance: D'autres collègues reprendront cette question.

The Chairman: Thank you, Minister. Thank you, Mr. Lachance. I am going to go to Mr. Marceau for about five minutes, Mr. Marceau and then to Mr. LaSalle and we will carry on... Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

Il est évidemment agréable de voir des gens de chez nous venir nous rencontrer pour essayer d'échanger d'une façon positive, et je trouve que le ministre a eu l'excellente idée d'amener une très grande délégation. Nous en sommes très heureux, car c'est pour nous l'occasion de leur dire que nous n'avons aucunement l'intention de pénaliser le Québec, d'enlever des pouvoirs qui appartiennent au Québec et encore moins de pénaliser les citoyens en leur donnant des soins qui ne sont pas adéquats. J'espère que c'est clair.

Monsieur le ministre, il est évident que vous exprimez des craintes, et je pense qu'il est souhaitable que nous soyons

[Translation]

We did get results for our population for the past 15 years because we administered that system and because, as a society, all the successive governments established the institutions and the means to achieve this end. And that is what this bill is attacking by abolishing the system of agreements.

Messieurs, je serais tenté de dire qu'il y a tellement peu de proportion entre la fin et les moyens que je ne m'attarderai même pas sur les moyens.

Mr. Lachance: I would like to make a short comment, Mr. Chairman.

Le président: Une petite question et ensuite...

M. Lachance: Elle prendra 15 secondes. J'aimerais simplement dire une chose puisque le ministre me parle en anglais.

D'abord, l'administration du régime ne nous intéresse pas. Cette responsabilité incombe aux provinces, clairement. Deuxièmement, l'établissement du système de financement global visait précisément à accorder aux provinces une souplesse entière dans l'élaboration des programmes. Troisièmement, je ne vois pas comment ce projet de loi autoriserait le gouvernement à dicter aux provinces la façon dont il faut administrer le régime.

Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur le ministre.

Mr. Johnson: May I reply please, Mr. Chairman?

When the member states that he does not see how the federal government is giving itself the power to dictate, all he has to do is look at Section 2 and the list of eligible surgical dental services. As for the regulatory power, he can consult Sections 19, 22, 22(d), 22(c), 22(e), 14, 15, and subsections (1), (2) and (5) of Section 20, and finally, Section 15.

Mr. Lachance: My colleagues will come back to that question.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Merci, monsieur Lachance. Je vais passer la parole à M. Marceau qui aura droit à cinq minutes et qui sera suivi de M. LaSalle. Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

It is, of course, pleasant to see people from home meeting with us to try and have a positive exchange. I think it was an excellent idea to bring a large delegation along as well. We are pleased because this is an opportunity for us to say that we have no intention whatsoever of penalizing Quebec, of taking away its powers or of penalizing Canadians by giving them less than adequate care. I hope that is clear.

Mr. Minister, you have obviously expressed some fears and I think that it is desirable that we be made aware of aspects that

[Texte]

sensibilisés à des aspects auxquels, peut-être, nous n'avions pas pensé, parce que nous sommes engagés au plan fédéral, mais vous nous donnez, peut-être, des explications ou des arguments susceptibles de nous éclairer et de nous aider.

J'aimerais savoir quelle assurance vous aimeriez avoir, outre celles que vous avez déjà? Je pense que le ministre, madame Bégin, nous a dit et vous a dit, que le texte de loi n'avait pas pour but de changer quoi que ce soit. Je crois qu'elle vous l'a écrit, je crois qu'elle nous l'a écrit et je crois qu'on l'a écrit. Dans un tel dossier, il faut procéder sur une base de confiance mutuelle et se dire que, dans le fond, si on a ces assurances, on ne peut peut-être pas enlever les craintes, mais il faudrait quand même donner le bénéfice du doute à ceux qui essaient de se doter des lois les mieux adaptées.

• 1710

Monsieur le ministre, je voudrais vous citer un texte qui pourrait peut-être vous rassurer. Vous dites que vous ne voulez pas que, par cette nouvelle loi, on mette un terme aux droits acquis, aux ententes qui existent déjà. Il y a un texte auquel je voudrais vous référer. Cela fait partie de l'entente-cadre Bégin-Lazure de 1980. Est-ce que cela atténuerait certaines de vos craintes si on incluait, et je cite:

Il est convenu que ni le Canada ni la province ne seront censés, du fait de la loi C-3, avoir cédé, abandonné ou donné à l'autre partie l'un quelconque des pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dont ils jouissent en vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, des modifications qui y ont été apportées ou d'autre manière, ou avoir infirmé l'un quelconque de ces pouvoirs, droits, privilèges ou autorités.

Est-ce que vous ne pensez pas que ce serait un point de départ intéressant, qui pourrait tout au moins créer à la base un certain climat de... Cela ne résoudra peut-être pas tout le problème, mais pensez-vous que c'est un texte qui pourrait aider à trouver une solution positive?

M. Johnson: Eh bien, monsieur le président, tout d'abord, je vais vous donner un exemple d'intervention réelle par le biais de ce projet de loi-là et de la réglementation qui peut en découler. C'est que l'on pense que la couverture du régime pourrait être considérée comme accessible et transférable, et on doit notamment permettre que les frais médicaux dans une province autre que le Québec, par exemple, soient payés par le Québec au niveau de la province où ils sont donnés. En ce moment, il y a des ententes interprovinciales; on s'entend sur le niveau de rémunération, et nous payons les frais médicaux dispensés à des Québécois dans d'autres provinces au tarif payé au Québec.

Deuxièmement, dans le cas de l'hospitalisation hors Canada, pour des raisons de choix, pour des raisons de priorité, on a décidé que l'État payait les premiers 700 dollars pour quelqu'un qui est hospitalisé d'urgence à l'extérieur du Canada et 50 p. 100 du reste. Les premiers 700 dollars, soyons concrets, couvrent les gens qui partent du Québec et qui vont au *drive-in* à Plattsburg, qui y passent la fin de semaine et qui ne téléphoneront pas à leur agent d'assurance avant d'y aller.

[Traduction]

we perhaps did not think of. We are involved at the federal level, but you may provide us with some explanations or arguments that could enlighten and help us.

I would like to know what assurance you are looking for, above and beyond the assurances you have already been given. The minister, Madam Bégin, told us and told you that the bill is not designed to change anything. I believe she wrote to you on this matter. I think she also wrote to us and that people about this question. In a case like this, we must act out of mutual trust and assume that if these assurances are being given, it may perhaps not alleviate our fears, but it should at least allow us to give the benefit of the doubt to those who are trying to make suitable laws.

Mr. Minister, I would like to quote a passage that might reassure you. You say that you do not want established rights or existing agreements to be jeopardized by this new legislation. I should like to refer you to a passage in the Bégin-Lazure Agreement of 1980. Would some of your fears be allayed if we were to include the following:

It is agreed that neither Canada nor the province will be obliged by Bill C-3 to yield, abandon or hand over to the other party any of its powers, rights, privileges, or authority enjoyed under the British North America Act, amendments thereto, or otherwise; Bill C-3 will not invalidate any of those powers, rights, privileges or authority.

Do you not think this could be an interesting starting point that could at least establish a base for a climate of... It would not resolve the problem entirely, but do you think that the inclusion of this text might help find a positive solution?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, first I should like to give an example of real intervention through this bill and its ensuing regulations. We feel that the coverage should be considered accessible and transferable. We also have to cover medical expenses for Quebecers treated in other provinces. There are interprovincial agreements at this time whereby a level of remuneration is established. We pay for the medical services delivered to Quebecers in other provinces at the Quebec rate.

In the case of hospitalization outside Canada, for reasons of choice and priority, it was decided that the state pay the first \$700.00 for someone who must be urgently hospitalized outside the country, and 50% of the remaining costs. Let us be frank and admit that the first \$700.00 cover people who go from Quebec to a drive-in in Plattsburg, who spend the weekend there and who do not bother telephoning their insurance agent before they leave.

[Text]

Par ailleurs, on présume que les gens qui choisissent d'aller en Floride pendant trois ou six mois peuvent s'assurer pour des dépenses additionnelles. Ce choix-là, on l'a fait au Québec. On l'a fait parce qu'on vivait dans un contexte d'allocation de ressources; on l'a défendu. Le projet de loi et les règlements qui en découlent mettent fin à ce type d'orientation. Ces changements ont une influence très concrète sur l'allocation des ressources. Cela va nous coûter beaucoup d'argent. Il va falloir aller prendre cet argent-là quelque part. On va aller le chercher chez les contribuables, ou bien on va aller le chercher dans d'autres types de programmes ou d'avantages du système.

Je rappellerai aussi au député que le préambule qu'il cite fait partie d'une entente. Ce qu'il dit, c'est que les parties entre elles peuvent décider que ce dont elles conviennent ne présume pas de leurs droits constitutionnels. C'est ce qu'il dit. Je ne me transformerai pas ici en expert du ministère de la Justice, mais pour l'essentiel, c'est ce qu'il dit. Les parties, dans une entente—je parle du texte que nous avons—conviennent entre elles que rien ne préjuge des droits constitutionnels de chacun dans cette entente. Les parties peuvent utiliser cette clause pour décider en cours de route qu'une autre partie n'a pas respecté les droits constitutionnels de l'autre. Et qu'arrive-t-il? Eh bien, on négocie l'entente. Encore une fois, je ne me prétendrai pas expert. D'ailleurs, je ne pense pas que ce soit mon rôle ici aujourd'hui de le faire.

M. Marceau: Mais vous pouvez l'examiner en profondeur.

M. Johnson: Je peux vous dire oui, a priori, mais si je comprends bien, vous voulez adopter cela avant le 1^{er} avril.

Mme Côté: Ce ne sera pas un poisson!

• 1715

M. Marceau: Vous avez l'habitude d'être rapide, monsieur le ministre.

M. Johnson: Pourtant, nous avons eu bien des occasions d'en discuter sérieusement depuis deux ans. Nous avons reçu le texte le 12 décembre. Or, nous sommes en train de rédiger les articles 91 et 92 de la Constitution dans un projet de loi. Je ne peux pas croire qu'un projet de loi dont l'élaboration a pris deux ans, nous dit-on, et, à ce que je sache, un projet de loi qui provient du bureau du sous-ministre pour aboutir au cabinet du ministre, est examiné par le Cabinet, envoyé à un comité de développement et, de là, à l'équivalent du Conseil de l'exécutif chez nous, le Conseil privé, ensuite au comité de la législation et au Conseil des ministres. C'est un long cheminement.

Les projets de loi sérieux prennent du temps, et régler des problèmes constitutionnels dans des préambules de lois sectorielles, je dois vous dire que c'est un processus auquel je ne m'adonnerais pas spontanément comme à un processus normal.

Par ailleurs, cela ne réglerait en rien, je pense, et encore une fois je le dis sous toute réserve, sans aucune expertise dans ces matières constitutionnelles, le problème de fond. C'est l'interprétation que l'on fait, d'un côté ou de l'autre depuis Westminster, du *Spending Power* par rapport au *Pith and Substance* d'une juridiction provinciale.

[Translation]

Furthermore, we presume that people who decide to go to Florida for three or six months would want to insure themselves at an additional cost. In Quebec, we made that decision. We made that choice because we live in a context of resource allocations. We defended that choice. This bill and its regulations will put an end to that. These changes will have a very concrete effect on resource allocations. It is going to cost us a lot of money. We will have to get that money somewhere. We will have to get it from the taxpayers or from other programs in the system.

I would also remind the member that the preamble he has quoted is part of an agreement. He is saying that the parties can decide among themselves that what they are agreeing upon does not prejudice their Constitutional rights. That is what it says. I am not going to play the part of a legal expert here today, but that is what the preamble basically states. The parties agree that nothing in the agreement will prejudice their Constitutional rights. The parties can use that clause to decide at some point that one party has not respected the Constitutional rights of the other. And then what happens? Well, you negotiate the agreement again. Once again, I am not an expert. In fact, it is not my role here today.

Mr. Marceau: But you have studied the question in detail.

Mr. Johnson: A priori, I can say I did. But if I understand correctly, you want this passed before April 1.

Mrs. Côté: And it will not be an April Fool's trick either!

Mr. Marceau: Usually you are much quicker, Mr. Minister.

Mr. Johnson: We have had several opportunities to discuss this seriously over the past two years. We received the text on December 12. But, at the moment, we are drafting sections 91 and 92 of the Constitution into a bill. I cannot believe that a bill whose preparation took some two years, as we are told, and as far as I know, a bill which was initiated in the deputy minister's office, moved to the minister's office, was also examined by the Cabinet, sent to a development committee, and from there to what might be considered the executive council in our province, the Privy Council, and finally to a legislation committee and then the whole Cabinet. That seems to me a very long process.

Of course serious bills take time, and to solve Constitutional problems through the preambles of sectorial legislation, is certainly not the sort of process that I would jump into, as I would for the normal process of legislation.

On the other hand, in matters constitutional, in which I have no expertise, I will say that once more, I have serious reservations, that this will not solve a fundamental problem. That problem is the interpretation made, on one side or another, in Westminster, of the spending power, versus the pith and substance of provincial jurisdictions.

[Texte]

J'en conclus, monsieur le député, que si vous nous dites que vous ne désirez pas changer les choses, si madame le ministre nous dit qu'elle n'a pas l'intention de changer les choses, alors, qu'on ne les change pas, d'une part, et, deuxièmement, une loi, c'est une loi pour un bout de temps. On n'a qu'à penser à 58-66: assurance-hospitalisation, assurance-maladie. Cela fait quelques années. Pour la dernière, cela fait presque 20 ans. Une loi, ça reste, et je crois que je peux présumer que le ministre actuel de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministre des Affaires sociales du Québec n'exerceront pas ces fonctions dans 20 ans, en étant quelque peu prudent. La loi restant, c'est cela qui s'appliquera. Or, la loi met fin au régime des ententes.

The Chairman: Mr. Marceau, I am sorry, I will have to try to get some other people in.

Mr. La Salle.

M. La Salle: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais dire à M. le ministre et à tous ceux du Québec, bien sûr, que nous sommes très heureux ici à Ottawa de leur présence. Vous me permettez, monsieur le président, de dire à M. le ministre que, ayant bien connu son père, j'en garde de bons souvenirs et de moins bons, dans mon cas, en particulier.

Monsieur le président, j'ai bien écouté les observations faites par le ministre et mes collègues autour de la table, et il est clair que l'on semble surpris, d'une part, de voir que le Québec se montre farouchement opposé au projet de loi, quoique les intentions émises par le ministre fédéral ne semblent pas porter sur un point qui, à mes yeux, devient très important, celui de l'abolition du système des ententes.

Il est évident également qu'il est difficile de demander au gouvernement du Québec de faire confiance aux ententes fédérales-provinciales. Nous sommes depuis trop d'années en politique pour croire... Il y a une différence entre le texte et la confiance.

Si j'ai bien compris, monsieur le ministre, on a dit que la liste des soins assurés, par exemple, ne changeait pas. Mais si j'ai bien compris votre intervention, il semble que le projet de loi est assez clair pour nous faire croire que la mesure de loi à l'étude au Comité pourrait modifier cette liste et, par conséquent, entraîner des obligations plus ou moins confortables pour une province comme la vôtre.

M. Johnson: C'est exact.

M. La Salle: D'accord.

En deuxième lieu, étant donné que l'on n'a pas beaucoup de temps, j'aimerais monsieur le ministre, compte tenu de l'inquiétude que vous avez exprimée aujourd'hui et des arguments formulés, que je respecte profondément, j'aimerais demander si cette inquiétude s'est manifestée lors des pourparlers avec les provinces canadiennes? Avez-vous eu l'occasion de parler à vos homonymes des autres provinces et, si tel est le cas, avez-vous ressenti cette même inquiétude chez ces derniers?

[Traduction]

I must conclude then, Mr. Marceau, that if you say you do not want to change anything, and the minister says she does not want to change anything, that nothing will be changed; but secondly, let us keep in mind that this legislation will be there for a long time. We need only go back to the years 1958 to 1966, the birth of hospitalization insurance, and medical insurance. That is already quite a few years ago. In the latter case, it has been almost 20 years. So laws last a long time, and I can presume, I suppose, that the present Minister of National Health and Welfare, and the Minister for Social Affairs of Quebec, will not be in those positions in 20 years, even if they were very careful. Since the law will still be there, it will apply. And yet, this law would end the fiscal arrangements system.

Le président: Monsieur Marceau, je regrette, je dois céder la parole à d'autres.

Monsieur La Salle.

Mr. La Salle: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to assure the minister, and of course all the other delegates from Quebec, that we are most happy to see you in Ottawa today. And, Mr. Chairman, if you will allow me, I would assure the minister that having known his father, I have kept both good and less good memories in my particular case.

Mr. Chairman, I listened attentively to the various comments made by the minister and my colleagues around the table. And obviously, we seem surprised to see that Quebec is so fiercely opposed to this bill, although the intentions of the federal minister do not seem to bear on a point, which seems most important to me, that of the abolition of the fiscal arrangements system.

And of course, it is rather hard to ask the Government of Quebec to put any trust in federal-provincial arrangements. We have been in politics for too long to believe... There is a different between the text itself, and the trust involved.

If I have understood you correctly, Mr. Minister, you were told that the insured services list would not change. But if I understood you correctly, it would seem that this bill could indeed bring some changes to that list, and therefore put upon a province such as yours, certain obligations with which you are more or less at ease.

Mr. Johnson: That is correct.

Mr. La Salle: Of course.

Secondly, since we do not have much time, could the minister, in view of the concerns that he has expressed today and the arguments which he has put forward, and which I fully respect, would the minister tell us if the same concerns were voiced during the discussions among the Canadian provinces? Have you had an opportunity to discuss these matters with your other provincial counterparts, and if so, have they expressed the same concerns?

[Text]

[Translation]

• 1720

M. Johnson: Monsieur le président, je me suis en effet entretenu avec un certain nombre de collègues à Halifax, au moment de la conférence de septembre, où le ministre de la Santé nationale et du Bien-Etre social est venue faire une apparition, réunion au cours de laquelle, d'ailleurs, nous n'avions toujours pas de texte, où rien ne pouvait nous laisser supposer de l'abolition du régime des ententes et de ses conséquences absolument incroyables sur toute la notion du pouvoir d'orienter, de planifier et de faire une allocation des ressources adéquates et où ce texte n'a pas été présenté.

Je n'ai pas à me porter juge du comportement de mes collègues ou des raisons de leur comportement. Je vous dirai, cependant, qu'au minimum, je suis convaincu qu'ils trouvent cette approche totalement irréaliste; deuxièmement, qu'ils ont des préoccupations à l'égard de ce qui, selon ce que nous disait un député tout à l'heure, est la seule intention du changement: l'abolition des tickets modérateurs.

S'il y a une idéologie des tickets modérateurs ou des raisons pour lesquelles certains groupes veulent des tickets modérateurs, je pense que je dois respecter ces groupes et qu'il appartient à ces gouvernements de décider de leurs position et de les défendre.

Nous n'avons pas à défendre cette position, car nous n'adhérons pas à la question des tickets, ce qui m'amène à conclure que, compte tenu de l'éventail incroyable de dispositions qui viennent se substituer au régime des ententes, si le gouvernement fédéral veut abolir les tickets modérateurs, qu'il le fasse, mais s'il ne veut rien faire, qu'il s'abstienne.

Toutefois, nous sommes confrontés à un projet de loi dont les conséquences ont, à mon avis, été mal mesurées par ceux-là même qui l'ont rédigé.

Et je terminerai mes remarques là-dessus, monsieur le président. L'ampleur de ces conséquences mal mesurées devient évidente à mes yeux, à partir du moment où, lorsque j'ai évoqué ces questions au ministre fédéral, on a nié, pendant un mois de temps, l'existence de cet enjeu.

Aujourd'hui, monsieur le président, l'objet de ma démarche, devant le Comité, c'est de vous sensibiliser à l'existence même de cet enjeu, qui est l'enjeu majeur qu'il y a derrière le projet de loi C-3.

The Chairman: Your final question.

M. La Salle: Merci, monsieur le président.

Il semble clair, selon les dires du ministre, notre témoin d'aujourd'hui, que la discussion préalable avec les intervenants, dans un domaine aussi vital que celui de la santé, a été nettement insuffisante.

Compte tenu de l'importance de ce projet de loi et de cette inquiétude qui, moi aussi, m'impressionne énormément face aux arguments que vous avez exprimés, le ministre irait-il jusqu'à dire qu'il serait odieux de poursuivre l'étude de ce projet de loi sans consulter les intervenants et les gens qui s'y connaissent, pour avoir une évaluation plus complète et, du même coup, bien sûr, sensibiliser le ministre à ce danger de

Mr. Johnson: Mr. Chairman, I did speak to a certain number of my colleagues in Halifax, at the September conference, where the Minister of National Health and Welfare did make an appearance, and at which meeting we still were not provided with the text of the bill, and at which there was no indication of the abolition of the fiscal arrangements, and the absolutely incredible consequences on the whole concept of power to direct, plan, and distribute adequate resources.

Of course, I cannot speak for my colleagues, or for the reasons of their behaviour, but I would say, that I was at least convinced that they find this whole approach absolutely unrealistic; and secondly, that they are concerned about what a member mentioned earlier was the sole intention of this change: the abolition of user fees.

If certain groups believe in user fees, or have developed reasons for using them, I believe I should respect the wish of these groups, and keep in mind that it is up to these governments to establish their position, and defend it.

Of course I have not to defend such a position, since we do not use user fees in the province, but in view of the incredible number of measures that will replace the arrangements, if there is no intention of changing the arrangements, then it should not touch user fees.

However, we are faced with a bill whose consequences, in my view, have been poorly assessed by the drafters themselves.

And I will leave it at that, Mr. Chairman. The importance of those poorly assessed consequences are most evident to me, and have been since the moment when I asked certain questions to the federal Minister. She denied for a whole month these possibilities.

And I am here today, Mr. Chairman, to make the committee aware of these consequences, and the major stake of Bill C-3.

Le président: Ce sera votre dernière question.

Mr. La Salle: Thank you, Mr. Chairman.

According to the Minister, who is our witness today, it would seem that the preliminary discussions between the interested parties, has been most inadequate on the vital subject of health.

In view of the importance of this bill, and the concern which all of us now share following your arguments, would you not find it appalling to carry on debate of this bill, without first consulting the interested parties, the experts, in order to more fully assess its consequences, and at the same time to sensitize the Minister to the danger of abolishing the arrangements, which I personally believe in?

[Texte]

l'abolition du système des ententes, ce à quoi je crois beaucoup, dans le régime que nous connaissons?

J'aimerais bien que le ministre nous donne ses impressions sur l'absence de discussions préalables qui, normalement, devraient avoir lieu, compte tenu de l'importance du projet de loi. Je crois que ces observations seront retenues par tous mes collègues parce que je suis convaincu que nous souhaitons tous que, sur un projet de loi aussi important, le grand public ait un mot à dire pour que le projet de loi reflète ses aspirations et ses besoins.

M. Johnson: Monsieur le président, il s'agissait pour nous, encore une fois, comme premier objet de notre démarche, de vous sensibiliser à l'existence de cet enjeu qui, encore une fois, a été enterré, mais totalement enterré alors qu'il est le point central dans des discours, je pense, relativement accessoires, en tout cas en ce qui concerne le Québec.

Par ailleurs, je n'ai jamais refusé de rencontrer un ministre, au contraire. Elle m'avait demandé de la rencontrer le 20 janvier, pour lui exposer la situation, ce que je fis. Encore une fois, je crois que, de toute évidence, on a perdu au minimum un mois, sans parler des mois qui ont précédé. Encore, à Halifax, au mois de septembre, on demandait des textes et on n'en avait pas. On avait droit à quoi? Il ne faut pas de ticket modérateur, et il faut maintenir les cinq grands principes plus la visibilité. Personne n'a jamais parlé d'abolir le régime des ententes, de la forme que cela prend et des contraintes qu'impose le ministre pour arriver à ce qui semble être son objectif: l'abolition des tickets modérateurs.

• 1725

Nous croyons que ce régime des ententes, qui a permis au Québec de se doter d'un système à sa mesure, est l'essentiel et qu'il faut le préserver. Si la ministre et le gouvernement fédéral avouaient publiquement qu'ils acceptent cette notion d'abolition du système des ententes qui met en péril le système de santé même, eh bien, je pense qu'ils présenteraient probablement des amendements aux lois de 1966 et de 1958 et non pas ce qui a été présenté comme une refonte administrative alors qu'il s'agit d'une révision globale. Je pense que le gouvernement fédéral a sûrement, au Conseil privé et ailleurs, tous les moyens, tout l'arsenal technique nécessaire pour exprimer, dans ce projet de loi, son intention. Pourquoi vient-il perturber tout le système qui nous a permis, au Québec, d'évoluer avec nos institutions? Nos arbitrages sont compliqués et n'ont pas besoin d'être perturbés par des visions souvent bureaucratiques des choses.

The Chairman: Thank you, Minister. I have Mr. Malépart, Dr. Halliday, and Mr. Allmand for a question and then I think we will call it a day. Mr. Malépart.

M. Malépart: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, comme mes collègues, je tiens à vous remercier d'être venu ici. Je ne sais pas si c'est de gaieté de coeur ou non.

Depuis tout à l'heure, j'entends parler de constitution, j'entends parler de systèmes, j'entends parler de médecins, j'entends parler de la machinerie des hôpitaux. Moi, je veux

[Traduction]

I would appreciate the Minister's reaction to this lack of preliminary discussions, which normally should have preceded the tabling of such an important bill. I am sure his observations will interest all my colleagues, since we all wish, I am sure, that the public at large should have its say with respect to a bill that touches on its aspirations and its needs.

Mr. Johnson: Mr. Chairman, once again, I must insist that our main objective in appearing before you, was to make you aware of the existence of this possibility, which, I repeat, although it is the focal point of the bill, has been buried, absolutely buried in under minor arguments.

Indeed, I have never refused to meet the Minister, on the contrary. I did in fact meet her on January 20, at her request, so that I could brief her on the situation. So we have lost at least a month, notwithstanding the months that preceded. And in Halifax in September, we requested the text of the bill, but we did not get it. What did we get? An explanation that user fees should be abolished, and that we should maintain the five basic principles, and ensure the visibility of the federal contribution. No one ever talked about abolishing the fiscal arrangement system, how it would be done, and of the constraints that the minister wished to impose, in order to reach her objective: the abolition of user fees.

We believe that the fiscal arrangement system, which has allowed Quebec to develop a suitable system, is essential, it must be preserved. If the Minister and the federal government would only admit publicly that they accept the idea of abolishing the fiscal arrangements, which is endangering the whole health system, I think then, they would be prepared to make amendments to the 1966 and 1958 acts, and not a bill which has been presented as an administrative restructuring, when indeed it is a global review. Surely, within the Privy Council, or elsewhere, the federal government has all the means at hand to clearly express its intention in this bill. Why does it wish to disturb a system which has allowed the evolution of Quebec's own institutions? Our negotiations are already sufficiently complicated, and they should not be disturbed by our often bureaucratic views of things.

Le président: Merci, monsieur le ministre. J'ai encore sur la liste M. Malépart, le Dr Halliday, et M. Allmand et ensuite je pense que nous nous arrêterons là. Monsieur Malépart.

Mr. Malépart: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, I also wish to join my colleagues in thanking you for coming before us although I am not sure that you are doing so joyfully.

For some time now I have been listening to arguments about the constitution, about systems, about doctors, about the hospital systems. But I would like to talk to you about patients,

[Text]

vous parler des patients et des citoyens à qui le projet de loi C-3 a fait découvrir certaines choses. Vous avez dit tout à l'heure à l'un de mes collègues conservateur qu'au Québec, il n'y avait pas de ticket modérateur. Je pense que le ministre n'était pas au courant, car il a déclaré, lui aussi, à une émission de Pierre Pascau qu'il avait découvert que plus de 2,000 personnes au Québec qui étaient en soins prolongés étaient surfacturés, que ces citoyens-là étaient obligés de payer en plus de ce qui était payé par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial.

J'ai en main une lettre qu'une travailleuse sociale d'un centre hospitalier dont je ne mentionnerai pas le nom a fait parvenir à M^{me} Bégin le 7 septembre. C'est donc bien avant les débats que nous connaissons. Cette lettre a été envoyée à la suite d'articles parus dans les journaux qui disaient qu'il n'y avait pas de ticket modérateur au Québec. Elle dit que c'est faux. Elle mentionne les montants d'argent qui sont perçus dans des centres de convalescence, et elle dit qu'on fait passer ces centres-là pour des institutions de soins prolongés ou de soins chroniques. Elle mentionne entre autres Marie-Clarac, Julius Richardson, Villa Medica, Marie-Enfant, enfin toute une série de centres de convalescence où le citoyen, en plus de continuer à payer son logement et le reste, est obligé d'assumer des coûts supplémentaires.

Le ministre n'avait peut-être pas l'intention d'avoir cela, mais il y a tout de même un côté positif à cette loi-là. J'aimerais avoir vos remarques à ce sujet. Vous parliez tout à l'heure de l'Institut de cardiologie. Ce n'est pas une façon de ramener à la santé un type qui a fait un infarctus. Je ne suis pas médecin, mais j'imagine que ces gens-là ont besoin d'un peu plus de calme.

Vous devez avoir des chiffres précis sur ce que cela rapporte à la province, parce que je connais assez bien le ministère au niveau des statistiques.

• 1730

A la page 5 de votre document, vous nous donnez des détails assez précis. Vous devez connaître les sommes d'argent que les citoyens ont dû déboursier. Aussi, à la page 17, vous dites que le Québec défraie le coût du transport en ambulance. Si ma mémoire est fidèle, cela a été décidé par votre prédécesseur, le ministre Lazure, à la suite de l'augmentation du supplément de revenu garanti pour les personnes du troisième âge qui vivent dans des centres d'accueil. Vous savez comment cela fonctionne. La province, tous les trois mois, va chercher l'augmentation dans les centres d'accueil. Vous leur laissez un montant; à ce moment-là, c'était 75 dollars. Il y a eu une augmentation de 35 dollars, et la province de Québec en a pris la moitié et leur a laissé l'autre moitié. Si ma mémoire est fidèle, cela faisait 7 millions de dollars. La province a aussi créé un régime d'assurance gratuite pour les personnes âgées. Cela m'amène à poser la question suivante.

Vous savez que le ministre des Finances a annoncé une augmentation de 50 dollars pour les personnes âgées. Allez-vous leur laisser cette augmentation-là ou la prendre pour établir d'autres services?

Merci, monsieur le président.

[Translation]

and Canadian citizens whose eyes have been opened by Bill C-3. Earlier you said to one of my Conservative colleagues that in Quebec, there were no user fees. Perhaps the minister was not aware, since he himself has admitted to Pierre Pascau on his program, that he had discovered that more than 2,000 people in Quebec had been extra billed for long-term care, and that these people had been obliged to pay more than the amounts jointly paid by the federal and provincial governments.

I have before me, a letter sent to Madame Bégin by a social worker in a hospital centre whose name I will not mention. This was well before this whole debate was begun. That letter was sent, following certain articles published in the newspapers saying that there were no user fees in Quebec. This social worker declares that is not true. She mentions in the letter amounts collected in nursing homes, which are termed as long-term or chronic care institutions. Among others, she mentions Marie-Clarac, Julius Richardson, Villa Medica, Marie-Enfant, indeed a whole series of nursing homes, where the Quebecer, over and above the payment of lodging, board, must also assume additional costs.

Perhaps it was not the minister's intention to allow this, so there is a positive aspect to this bill. I would like your comments on this matter. You also spoke earlier of a cardiology institute. It is hardly the way to provide convalescence to someone who has had a heart attack. I am not a doctor, but I would imagine that these people certainly need a quieter atmosphere.

You must have fairly accurate figures on the revenue earned by the province, as I am quite familiar with the department's concern for statistics.

On page 4 and 5 of your documents you give some fairly accurate figures. So you must know the amount of money these citizens have had to pay. Also on page 17, you state that Quebec also pays for the cost of ambulance transportation. If I remember correctly, it was your predecessor, Mr. Lazure, who made that decision, following an increase in the guaranteed income supplement for senior citizens, living in homes. You know how these work. Every three months, the province takes the increase from these homes. You leave each citizen only about \$75. When there was an increase in the GIS of \$35, the Province of Quebec grabbed one-half of that. If I remember correctly, the take was some \$7 million. The province has also provided free insurance to senior citizens. So I am going to ask the following question.

You know that the Minister of Finance has recently announced an increase of \$50 in the GIS for senior citizens. Are you going to leave that in the hands of senior citizens, or will you use it to create new services?

Thank you, Mr. Chairman.

[Texte]

M. Johnson: Monsieur le président, je vais essayer de répondre rapidement. Je pourrais peut-être commencer par parler de cette lettre d'une travailleuse sociale. Je rappellerai au député que le 4 octobre, lors des audiences de la Commission parlementaire sur le projet de loi 24, donc bien avant qu'il soit question de tout cela dans ces termes-là, j'affirmais que le règlement ne s'appliquerait pas aux hôpitaux de convalescents. Donc, le gouvernement n'a jamais eu l'intention de faire cela. Premièrement, ce n'est pas ce qu'il fait et, deuxièmement, on va s'assurer que cela ne se fasse pas. Cela, c'est décidé depuis le 4 octobre. Les copies sont disponibles à la Bibliothèque du Parlement.

Pour ce qui est des tickets modérateurs, monsieur le président, je vais me permettre de déposer au Comité un document qui, je pense, fait le tour de cette question, qui a, de plus, circulé et qui, je pense, a donné à certains citoyens un sentiment d'insécurité. Cela a été véhiculé comme étant quelque chose d'étendu et a suscité, à mon cabinet, des dizaines d'appels téléphoniques de gens inquiets qui se demandaient s'ils allaient recevoir une facture. Je vous ferai remarquer que ce n'est pas nous qui avons véhiculé cette notion. Je vous parlerai d'abord de la politique de contribution en hébergement.

Le régime d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation n'a pas pour but de garantir l'hébergement des personnes. Il a pour but de donner des services hospitaliers, des services médicaux. Or, la politique de contribution qui s'applique au Québec depuis 1976 s'est appliquée au vu et au su du ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et avec son consentement explicite. Je vous référerai aux annexes de ce document que je dépose. Le dernier de ces documents a été signé, je pense, au début de 1980 par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. C'était en juillet 1980. Les frais mentionnés dans cette discussion, qui a duré un mois, sont en fait autorisés en vertu de la loi fédérale. Le règlement de contribution en vertu de la loi fédérale, en vigueur depuis 1965, a autorisé spécifiquement ces frais prévus. Non seulement l'entente prévoyait-elle cela, mais elle prévoyait aussi que des frais d'hébergement pouvaient être exigés de personnes qui étaient en institution pour des raisons médicales. C'est-à-dire que même si une personne est en hébergement dans un centre hospitalier de soins prolongés et qu'il y a une notion de «médicalement requis» quant à sa présence, cette entente signée par le gouvernement fédéral permettait qu'on aille chercher ces prélèvements, ce que nous n'avons pas appliqué cependant. Quand les services sont médicalement requis, cela est gratuit. La personne qui souffre d'un infarctus et qui reste à l'hôpital au-delà de trois mois ne paie rien si le médecin mentionne au dossier qu'elle est en service actif.

M. Malépart: S'il est en convalescence?

M. Johnson: S'il est en convalescence, il ne paie rien en vertu du projet de règlement de la loi 27. Cela est clair. Le projet de règlement de la Loi 27, qui sera adopté incessamment puisqu'il a franchi toutes les étapes, assimile les hôpitaux de convalescents aux hôpitaux aigus. Par ailleurs, il en a coûté cher au Québec pour appliquer une politique modulée. Le gouvernement fédéral, en 1974, a exigé qu'on impose des frais

[Traduction]

Mr. Johnson: Mr. Chairman, I will give a short answer. Let us first talk about that letter from the social worker. I will remind the member that on October 4, during the hearings of a parliamentary committee on Bill 24, therefore much before there was any question of these changes in the health system, I stated that the new regulations would not apply to nursing hospitals. So the government never had any intention to do that. I stated first that it was not our intention to do so, and secondly, that we would not allow it. That was decided on October 4. Copies of the statement are available in the Parliamentary Library.

Now as to user charges, Mr. Chairman, I would like to table another document, which discusses this particular issue, and which was widely distributed I think and created some anxiety among certain citizens. It was circulated as having been agreed to, and in my office, caused a great number of telephone calls from anxious people who wanted to know if they would be receiving a bill. And of course I would like you to know that we did not raise that particular notion. Let me first speak about the contribution regulation on lodging.

The objective of the health insurance and hospitalization insurance programs, has never been to guarantee lodging to anyone. Its objective is to provide hospital and medical services. Therefore, this contribution regulation applicable in Quebec since 1976, is still applied today with the complete knowledge of the federal Minister of National Health and Welfare, and his or her explicit approval. I would refer you to the appendices to the document I am tabling. The last of these documents was signed at the beginning of 1980 by the Minister of National Health and Welfare, indeed it was in July 1980. And the fees mentioned are those which were authorized under the federal Act, following months of negotiations. The contribution regulation under the federal Act, in effect since 1965, has authorized these specific fees. Not only did the agreement stipulate this, but it also stipulated that these fees could be required of persons who were institutionalized for medical reasons. That is that even if a person were in a hospital under extended care, even if the services were required medically, the agreement signed by the federal government allowed extra fees, which have of course never been applied. When services are medically required, the services are free. A person who suffered a heart attack, and remained in hospital more than three months, would pay nothing, if the physician stated that the patient was still under acute care.

Mr. Malépart: And what if he was in convalescence?

Mr. Johnson: If a patient were declared convalescent, he would still pay nothing, under the regulations provided under Bill 27. That is quite clear. The draft regulations for Bill 27, which should be adopted in the House any time now, no longer makes a difference between convalescent or nursing homes, and acute care hospitals. On the other hand, Quebec has had to pay dearly in order to apply this policy. In 1974, the federal

[Text]

d'hébergement aux personnes en centre d'accueil. Mais on se comprend, et c'est normal, n'est-ce pas? Il n'y a pas de discussion là-dessus: les personnes en centre d'accueil doivent payer... L'État provincial, comme la plupart des autres États provinciaux, a été amené à étendre cela à l'hébergement des gens qui étaient en centre hospitalier de soins prolongés, cela s'appliquant aux gens et à la dimension d'hébergement.

• 1735

Cela a été autorisé et signé dans les ententes de 1977, quand le Québec l'a fait. Le Québec a décidé de ne pas exiger le plein montant des personnes en C.H.S.P.; le montant qu'il exigeait était en fonction de sa politique qui est une politique progressive. Si vous avez moins d'argent, vous payez moins; si vous avez plus d'argent, vous payez plus, jusqu'à un certain maximum. Or, dans le calcul des contributions, le gouvernement fédéral présumait que nous exigeons le maximum des personnes et réduisait d'autant la contribution provinciale.

En vertu des accords fiscaux de 1977, cela a donné, jusqu'à 1982-1983, l'équivalent de 160 millions de dollars qu'on n'est pas allés chercher dans la poche des gens parce qu'on a une politique progressive, mais cela a entraîné une diminution d'autant des ressources provenant du gouvernement fédéral. De plus, le projet de loi à l'étude viserait à assimiler cela à des tickets modérateurs, ce qui est injuste. Je pense d'ailleurs que la ministre l'a reconnu elle-même à l'occasion d'une conférence de presse ou d'une réunion à un poste de radio. Elle a dit: Oui, dans le cas des gens hébergés chroniques, c'est autre chose; on va en discuter. C'est là que nous avons fait en sorte que, sur ces questions, nos sous-ministres se rendent compte de ce qu'ils doivent faire demain.

M. Malépart: Pour ce qui est des soins prolongés à court terme, parce que vous avez deux...

M. Johnson: Soins prolongés ou à court terme?

M. Malépart: Les soins prolongés, quand quelqu'un habite dans un centre d'accueil.

A l'Hôpital Notre-Dame, que j'ai visité dernièrement, il y a, du côté médical, des patients qui sont en soins prolongés pour une réadaptation à la suite d'un accident, par exemple; ils sont là pour trois mois. On perçoit alors d'eux un certain montant, mais on dit que c'est parce que l'individu est hébergé.

M. Johnson: Cela dépend du diagnostic et de la note du professionnel au dossier. Si c'est médicalement requis, il ne doit pas y avoir de frais.

Je ne vous dis pas que, dans l'ensemble, il ne se glisse pas des choses, mais globalement, le principe du règlement, c'est celui-là. On a véhiculé que, de façon systématique, on abusait des gens dans les centres hospitaliers et de soins prolongés. Remarquez que ce sont des décisions professionnelles extrêmement difficiles. Dans une unité de neurologie, par exemple, en soins actifs, un patient d'un certain âge arrive souffrant d'un accident cérébro-vasculaire. Il se peut que le médecin considère que cette personne doit être transférée à la section d'hébergement pour libérer des lits actifs. Ces cas-là se présentent, mais ce sont des cas limites. Je ne vois pas d'ailleurs comment une loi fédérale pourrait venir régler cela.

[Translation]

government demanded that we impose fees to persons in home care centres. And is that not perfectly normal? There is no discussion on this question: people in nursing homes must pay... the province, like most other provinces, has extended this to people who are in extended care centres, and this has applied both to the people and to the home.

This was authorized and signed in the 1977 agreements, when Quebec signed. Quebec decided not to require the full number of people under the CHSP; the amount that it required was a function of its progressive policy. If you have less money, you pay less; if you have more money, you pay more, up to a certain maximum. So, in calculating the contribution, the federal government presumed that we were requiring the maximum of people and reduced the provincial contribution by that amount.

Under the fiscal arrangements of 1977 and up until 1982-1983, this meant the equivalent of \$160 million which we did not have to get from individuals, because we had a progressive policy, but this brought about a decrease in the resources coming from the federal government. Moreover, the present bill plans to assimilate this with user charges, which is unfair. Moreover, I think the Minister herself recognized this during a press conference or a radio discussion. She said: Yes, in the case of chronic nursing care this is another thing, and we will discuss it. This is when we made sure that our deputy ministers were aware of what they must do in the future on these issues.

Mr. Malépart: With respect to short-term extended care, you have two...

Mr. Johnson: Extended care or short-term care?

Mr. Malépart: Extended care, when someone is living in a nursing home.

In the Notre-Dame Hospital which I visited recently, there are extended care patients who are being rehabilitated after an accident, they might be there for three months. A certain amount of money is received for them, because they are being lodged.

Mr. Johnson: That depends on the diagnosis and the note on the file. If it is a medical requirement, there should not be any fee.

I am not saying that there are never any slip-ups, but in general terms this is the guiding principle. We found that people in hospital and extended care centres were being taken advantage of. I would say that these are extremely difficult professional decisions. For example, in an acute care neurological unit, an older patient might arrive suffering from a cerebral vascular attack. The doctor might decide that this person should be transferred to the nursing section to free the acute care bed. These cases happen, but they are not frequent. I do not see how a federal act can regulate this. We must make the distinction? What is the definition of chronic? I do not know what you call chronic care, sir. We do not accept this

[Texte]

Parce que l'on ferait alors la différence: quelle est la définition d'un chronique? Je ne sais pas ce que vous appelez un chronique, monsieur le député. Chez nous, c'est une notion que nous refusons en principe, pour des raisons philosophiques, pour des raisons humanitaires, dans ce système où on n'accepte pas d'étiqueter les gens. On refuse de dire: ils vont mourir là où ils sont. On sait très bien que la réalité . . .

M. Malépart: C'est le même discours que vous avez tenu à Pierre Pascau.

The Chairman: Order, please!

M. Malépart: Moi, je veux vous parler de la définition. La personne qui s'en va en hébergement abandonne . . .

The Chairman: Order, please!

M. Malépart: Elle n'a pas de frais d'hébergement à payer.

The Chairman: I am sorry. Order please, order please. I am sorry, Mr. Malépart. I am sorry to the Minister, too. But Mr. Halliday, a regular member of the committee, and very devoted members would like to get questions in. I think Dr. Halliday and Mr. Allmand would, too. Perhaps Dr. Halliday . . .

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I take it I have five minutes.

The Chairman: Perhaps you could share your time with Mr. Allmand, Dr. Halliday.

Mr. Allmand: I am sitting over here.

Mr. Halliday: I will put a couple of very brief questions that can be answered very briefly, too, Mr. Minister. I will forego some preamble. First of all, Alberta told us that they were considering challenging this bill in the courts if it passes as it presently is. Are you considering doing the same?

Mr. Johnson: I have no mandate, Sir, to tell you that. There is no decision, as far as I know, that has been taken by the Minister of Justice or Cabinet, for that matter.

Mr. Halliday: In the long list of very interesting entourage you have with you, did you include in that list the representative from the FMOQ and from the FMSQ? I did not note the names.

Mr. Johnson: No, they are not included. I must tell you, the representative of the FMSQ was invited. I understand he was here, but on other business. He is not part of the delegation.

• 1740

Secondly, the representative of the FMOQ unfortunately, I think, from the draft I read, which came to me rather late, for obvious reasons, which is the danger of that bill, came up and said, because of Section 12.(b) we are telling you to cut, I do not know, \$120 million or something for Quebec until they give us the average Canadian pay. I must tell you that FMOQ and FMSQ are the equivalent of unions. They have the economic interests of their members at stake, which is what the law provides for, but besides that there is such a thing as

[Traduction]

idea in principle, for philosophical reasons, for humanitarian reasons, in a system which will not label people. We refuse to say, they are going to die where they are. We know the reality very well . . .

Mr. Malépart: You said the same things to Pierre Pascau.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

Mr. Malépart: Well I can give you the definition. A person who goes to a nursing home abandons . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

Mr. Malépart: He does not have to pay lodging costs.

Le président: Je regrette. À l'ordre, s'il vous plaît, à l'ordre s'il vous plaît. Je regrette, monsieur Malépart, et monsieur le ministre. M. Halliday, membre titulaire de ce Comité, et d'autres membres très dévoués, aimeraient poser des questions aussi. Je pense que M. Halliday et M. Allmand aimeraient le faire aussi. Peut-être que M. Halliday . . .

M. Halliday: Monsieur le président, je crois pouvoir parler pendant cinq minutes.

Le président: Vous pourriez peut-être partager votre temps avec M. Allmand, monsieur Halliday.

M. Allmand: Je suis assis de ce côté de la table.

M. Halliday: J'aimerais poser quelques courtes questions qui ne nécessitent que de courtes réponses, monsieur le ministre. Je ne ferai pas de préambule. Tout d'abord, la province de l'Alberta nous a dit qu'elle s'opposera à ce projet de loi devant les tribunaux s'il est adopté tel qu'il est rédigé en ce moment. Pensez-vous faire la même chose?

M. Johnson: Je n'ai pas de mandat, monsieur, pour vous répondre. Que je sache, aucune décision n'a été prise par le ministre de la Justice ou par le cabinet.

M. Halliday: Vous avez une longue liste de personnes qui vous accompagnent, est-ce qu'il y a un représentant de la F.M.O.Q. et de la F.M.S.Q.? Je n'ai pas noté leurs noms.

M. Johnson: Non, ils n'y figurent pas. Je dois vous dire que le représentant de la F.M.S.Q. était invité. Je crois savoir qu'il était ici, mais sur une autre affaire. Il ne faisait pas partie de la délégation.

Deuxièmement, d'après le brouillon que j'ai lu, qui m'est parvenu assez tard pour des raisons évidentes, ce qui constitue les dangers de ce projet, et le représentant de la F.M.O.Q. est venu me dire, à cause de l'article 12(b), nous voulons que vous coupiez environ 120 millions de dollars pour le Québec jusqu'à ce qu'il nous accorde le salaire canadien moyen. Je dois vous dire que la F.M.O.Q. et la F.M.S.Q. sont l'équivalent de syndicats. Ils se préoccupent des intérêts économiques de leurs membres, ce qui est prévu par la loi, et il y a aussi la corpora-

[Text]

La corporations des médecins, which is a public body, whose representative and whose president is here. That is why the president of FMOQ, I thought, would be in a rather awkward position to be invited to be here today. I hope he will change his mind eventually as to what he said here.

The Chairman: Mr. Allmand, please.

I am sorry, Dr. Halliday; the bells are going to ring in a couple of minutes. Mr. Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, quand nous avons adopté...

The Chairman: Do you want to have a point of order.

Mr. Allmand: Well...

Mr. Epp: Mr. Chairman, I regret I was not here for all the time, but I think your opening statement regarding Dr. Halliday was well taken; he has been a very faithful attender at this committee. I understand the bells will ring at 5.45 p.m. and the vote will not be taken before 6.00 p.m. I would think, surely, with that constraint, Dr. Halliday could be given a little more time and Mr. Allmand could be given the rest.

The Chairman: I am in the hands of the committee. If you want to stay... It is very difficult to keep hold of the committee after the bells start to ring. If there is some question of legality...

Mr. Epp: You did yesterday for over an hour.

The Chairman: —without consent. The chairman, frankly, has a problem because Mr. La Salle was not a regular member of the committee and Madam Côté is not a regular member. Any member can come in and the chair tries to recognize people that each party wants to put forward, and that is what we are...

An hon. Member: He went before.

The Chairman: Right now we have had equal debate from both sides of the House, but Doctor, if you want to have one more, I will give you one more.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am the fourth person from the opposition to be speaking and I have had about two minutes, I guess.

The Chairman: And we have had three from...

Mr. Halliday: A very long time.

The Chairman: One more, Doctor, please.

Mr. Halliday: Okay. On the subject of the user fees that we just discussed with Mr. Malépart, I have it on very good authority, Mr. Minister, that patients seeking orthopaedic prostheses in one of your major hospitals in Montreal are certainly allowed to have certain types of prostheses as part of the plan, no charge; they are free, but if your physician, your orthopaedic surgeon requires a kind that he feels is better, more expensive, the patient can have it, but he has to pay for it. To me that is a type of user fee and it is a type of two-tier medicine that the minister, federally, refuses to acknowledge. I think you are going to be in some difficulty with your plan in

[Translation]

tation des médecins qui est un organisme public dont le représentant et le président sont ici. J'ai pensé qu'il serait un peu gênant pour le président de la F.M.O.Q. d'être invité à comparaître aujourd'hui. J'espère qu'il changerait d'avis sur ce qu'il a dit ici.

Le président: Monsieur Allmand, s'il vous plaît.

Je regrette, monsieur Halliday, les cloches vont sonner dans deux ou trois minutes. Monsieur Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, when we adopted...

Le président: Voulez-vous invoquer le Règlement?

M. Allmand: Eh bien...

M. Epp: Monsieur le président, je regrette d'avoir été absent une partie du temps, mais je pense que votre déclaration d'ouverture en ce qui concerne M. Halliday a été bien comprise. Il a été un membre très fidèle de ce Comité. Je crois savoir que les cloches vont sonner à 17h45 et il y aura un vote à 18 heures. Je pense qu'il serait possible d'accorder un peu plus de temps à M. Halliday et de donner le reste à M. Allmand.

Le président: Je suis à la disposition du Comité. Si vous voulez rester... Il est difficile de garder les membres du Comité lorsque les cloches ont commencé à sonner. Il y a aussi la question de la légalité...

M. Epp: Vous avez fait cela hier pendant une heure.

Le président: ... sans consentement. Le président a un problème car M. La Salle n'était pas un membre titulaire du Comité, ni M^{me} Côté. N'importe quel député peut assister et le président essaie de reconnaître les personnes que chaque parti veut mandater, et c'est pour cette raison que nous sommes...

Une voix: Il a parlé auparavant.

Le président: ... nous avons entendu des descriptions des deux côtés de la table, mais M. Halliday, si vous voulez poser une question de plus, je vous accorderai le temps nécessaire.

M. Halliday: Monsieur le président, je suis la quatrième personne de l'opposition à parler et j'ai parlé pendant environ deux minutes.

Le président: Et nous avons entendu trois personnes...

M. Halliday: Pendant longtemps.

Le président: Une autre question monsieur.

M. Halliday: Très bien. En ce qui concerne les frais modérateurs dont nous venons de parler avec M. Malépart, je sais de bonnes sources, monsieur le ministre, que les malades qui cherchent des appareils de prothèse dans vos hôpitaux principaux de Montréal, ont le droit à certains types d'appareils sans frais; ces appareils sont gratuits, mais si le médecin, si le chirurgien exigent un modèle qu'ils estiment meilleur, plus coûteux, le malade peut l'obtenir, mais il doit le payer. Il me semble que cela constitue un genre de frais modérateur, et c'est le genre de système que le ministre fédéral refuse d'accepter. Je pense que vous aurez des difficultés avec le ministre fédéral si ce genre de chose passe au Québec.

[Texte]

Quebec with the federal minister if you have that kind of thing going on in Quebec.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Johnson: One moment.

Mr. Halliday: Just one last question while he is working on that. This has to do with physicians. This will be the end, Mr. Chairman. Your family physicians in Quebec, according to a study done in Queen's, earn about 40% less than the average across Canada. That is not true for your other professionals, bureaucrats, policemen, and so on whom you tend to keep on the same average as, say, Ontario or the national average, but your physicians are about 40% below. How do you account for that, and do you have plans to change that? Is that a result of the Quebec model?

Mr. Johnson: Doctor, two things. First of all I will remind you that *La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* came out here, asking you to become a principal actor in negotiations. We do not want that to happen unless you take it all, maybe. That is the basic idea, I suppose, behind it; I am not sure. Their members agreed at 85% and that was *une entente*; it was an agreement. It was not imposed. I think we have to keep that in mind.

• 1745

I will tell you, sir, for having made two negotiations with doctors in the past three and one-half years and being a doctor myself and having participated in the documentation as a member of that union before going to government, that these are extremely complicated matters. These matters are not just, what are you going to learn at the end of the year. It is all done through the process of paying people by the act and how union and government can agree with each other on who should get more, where and why. That is it. I am not saying that I do not disagree with the fact that there is less pay than the average. I am saying that the difference is not that much and I am saying that is a matter for Quebecers to settle between themselves.

Mr. Halliday: The other part of the question about user fees then, about the hip prosthesis, the patient's having to pay for it.

Mr. Johnson: Sir, I do not know how many provinces offer prosthesis. As far as I know not all of them offer them, period. Many of them do not offer anything. We offer it for a large part. I will give you the annex in a second to tell you the number of people. We have

pour les prothèses, appareils orthopédiques et dispositifs autres: 46,000 services pour 8,900 millions de dollars. Mais il y a des provinces où il n'y a rien sous ce chapitre.

S'il est vrai que, dans certains cas, nous limitons les appareils disponibles, il n'en reste pas moins que nous faisons

[Traduction]

Le président: Monsieur le ministre.

M. Johnson: Un moment.

M. Halliday: Une dernière question pendant qu'il cherche sa réponse. Cette question porte sur les médecins et c'est ma dernière question, monsieur le président. Les médecins de famille au Québec, selon une étude faite à Queen, gagnent 40 p. 100 de moins que la moyenne canadienne. Ce n'est pas vrai pour d'autres professions, les bureaucrates, les policiers, et ainsi de suite qui ont tendance à gagner en moyenne la même chose qu'en Ontario ou ailleurs au pays, mais les médecins gagnent environ 40 p. 100 de moins. Que dites-vous de cela, avez-vous des plans pour changer cette situation? Est-ce le résultat du système québécois?

M. Johnson: Il y a deux choses, monsieur. D'abord, j'aimerais vous rappeler que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est venue ici en vous demandant de jouer un rôle principal dans les négociations. Nous ne voulons pas que cela arrive, à moins que vous ne preniez toute la responsabilité. C'est l'idée de base, je suppose, mais je ne suis pas certain. Leurs membres étaient à 85 p. 100 d'accord et c'était une entente. Elle n'était pas imposée. Il faut en tenir compte.

Je vais vous dire, monsieur, qu'après être passé par deux rondes de négociations avec les médecins depuis trois ans et demi, et comme je suis moi-même médecin et que j'ai eu l'occasion de bien connaître les antécédents de ce syndicat dont j'étais membre avant de devenir député, je sais très bien que ce sont des questions extrêmement compliquées. Il ne s'agit pas simplement de savoir ce qu'on va apprendre à la fin de l'année. Il s'agit de payer les gens en fonction de l'acte médical et les syndicats et le gouvernement doivent d'abord s'entendre sur qui devrait en recevoir plus et pourquoi. C'est de ça qu'il s'agit. Je ne dispute pas la possibilité que leurs rémunérations soient inférieures à la moyenne. Je prétends tout simplement que la différence n'est pas très importante et que c'est une question que les Québécois doivent régler eux-mêmes.

M. Halliday: Peut-être que vous pourriez répondre à l'autre partie de ma question au sujet des frais modérateurs, sur la possibilité qu'un malade soit obligé de payer pour obtenir un appareil de prothèse.

M. Johnson: Malheureusement, j'ignore le nombre de provinces qui couvrent ce genre de chose. Autant que je sache, il y en a qui ne le couvrent pas. D'ailleurs, bon nombre de provinces n'offrent rien du tout de ce genre. Nous couvrons les frais de ce genre d'appareil pour une bonne partie de ceux qui en ont besoin. Je vais consulter mon annexe pour vous dire le nombre exact de personnes.

As far as prosthetic, orthotic and other devices are concerned, 46,000 patients were covered for a total of \$8.9 million. But there are provinces which provide nothing at all in this area.

Although it may be true that in some cases, we have set limits on available devices, we do try to do what we can with

[Text]

ce que nous pouvons avec les ressources dont nous disposons. Nous pensons rejoindre un grand nombre de personnes, et c'est ce qui s'appelle planifier un système de santé. C'est faire des choix de cette nature dont nous répondons devant la population.

The Chairman: Thank you Minister. Mr. Allmand, one short question, please.

M. Allmand: Monsieur le ministre, quand nous avons adopté la Loi sur les soins médicaux, en 1966-1967,—et j'ai d'ailleurs participé au débat,—la Saskatchewan était la seule province qui était dotée d'un régime de santé.

A cette époque, nous voulions encourager l'adoption de ce régime partout au Canada. Nous avons reconnu la compétence provinciale, mais nous avons décidé d'appuyer le régime d'assurance-santé dans les provinces, si ces dernières étaient prêtes à en accepter les conditions. C'était toujours assorti de conditions, surtout celles de gratuité, d'universalité, d'accessibilité et de transférabilité. Il n'existait pas de système de consensus général.

Toutefois, en 1977, d'autres conditions ont été ajoutées, lesquelles furent toujours heureusement acceptées par toutes les provinces.

Je ne dispose pas de beaucoup de temps, je suis Québécois et je sais que nous avons le meilleur système de santé au Canada, et je ne veux pas le détruire ou l'abolir. D'autre part, je ne peux pas accepter les frais modérateurs et j'ai une responsabilité nationale. Alors si vous avez des suggestions pour résoudre ce conflit, je suis prêt à vous écouter.

M. Johnson: Monsieur le président, brièvement, je présume que ce que la Saskatchewan a fait est admirable. Et le premier endroit qui a adopté un tel régime, après la Saskatchewan, d'une façon étendue, en poussant ce type d'approche, ce fut le Québec. Nous ne prétendons pas que le modèle québécois soit le meilleur au monde, mais nous en sommes assez fiers.

Il y a une garantie absolue dans notre système, c'est que nous en respectons les conditions de base. Si le gouvernement fédéral s'attaque à ce problème par le projet de loi, ailleurs qu'au Québec ou autrement, qu'il lui trouve une solution. Mais on n'a pas à utiliser son objectif d'abolition des tickets modérateurs ailleurs qu'au Québec, puisqu'il n'y en a pas au Québec, pour venir perturber en même temps cet équilibre délicat, complexe, qui nous a permis de nous doter d'un tel système. Nous croyons que c'est d'un cynisme financier incroyable et qu'il s'agit d'une approche constitutionnelle inacceptable.

• 1750

The Chairman: Mr. Minister, on behalf of the committee, I would like to thank you and your large delegation very much for coming here this afternoon.

[Translation]

the resources which are at our disposal. We feel that we are helping a certain number of people, and that is what is called planning a health care system. In this type of planning, one simply has to make choices such of these for which we are then responsible to the people.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Monsieur Allmand, une courte question, s'il vous plaît.

Mr. Allmand: Mr. Minister, when you passed the Medical Care Act in 1966-1967—indeed, I participated in that debate—Saskatchewan was the only province which had a health care plan.

At the time, we wanted to encourage all the provinces to introduce this type of plan. We realized that this was a matter of provincial jurisdiction, but decided to provide support to provincial health care plans if the provinces were willing to accept certain conditions. There have always been conditions that had to be satisfied, mainly those having to do with universality, accessibility, portability and the obligation to provide free medical care. There was no system of general consensus.

However, in 1977, other conditions were included which were also agreed to by the provinces.

I am afraid I do not have much time, but I wanted to say that as a Quebecer, I know we have the best health care system in Canada, and I do not want to see this system destroyed or abolished. On the other hand, I simply cannot accept the imposition of user fees and I have a national responsibility in this regard. So if you have any suggestions to make as to how to resolve this problem, I would be very happy to hear them.

Mr. Johnson: Mr. Chairman, I would just like to say briefly that I presume what Saskatchewan did is admirable. And the first place, after Saskatchewan, to introduce this type of health care plan, although more extensive, was the Province of Quebec. We do not pretend that the Quebec model is necessarily the best in the world, but we are proud of it all the same.

An absolute guarantee is provided within the system, and that is that we must comply with the basic conditions. If the federal government wants to attack the problem through legislation in some place other than Quebec or using a different approach, it should find a real solution. But it has no business using the objective of abolishing user fees in provinces other than Quebec, as they do not exist in Quebec, in order to upset this extremely delicate and complex balance which made it possible for us to introduce such a system. We believe this to be an indication of its financial cynicism and feel it has adopted an unacceptable constitutional approach to the whole question.

Le président: Monsieur le ministre, au nom des membres du Comité, j'aimerais remercier vous-même et les membres de votre délégation d'être venus comparaître devant nous cet après-midi.

[Texte]

Mr. Johnson: Mr. President, may . . .

The Chairman: Order, please. The Minister has the floor.

M. Johnson: Monsieur le président, pourrais-je me permettre, en terminant mes remarques, de remercier les membres du Comité et de vous dire que nous souhaitons avoir été entendus. Le Québec entend continuer d'exercer sa juridiction et prendre les moyens pour l'exercer, pour le mieux-être constant des citoyens du Québec.

The Chairman: Thank you, Minister. We will adjourn until 7.30 p.m. tonight.

[Traduction]

M. Johnson: Monsieur le président, si vous me le permettez . . .

Le président: À l'ordre s'il vous plaît. Le ministre a la parole.

Mr. Johnson: Mr. Chairman, in closing, I would just like to thank the members of the committee and say we hope we have made ourselves heard in the debate. Quebec intends to continue to exercise its jurisdiction and take any steps which may be required to do so for the continuing benefit of citizens of Quebec.

Le président: Merci, monsieur le ministre. La séance est levée jusqu'à 19h30 ce soir.

Dr. H.E. Scully, Chairman, Medical Advisory Committee,
Toronto General Hospital;

Dr. J.E. Milligan, Chairman, Ministry of Health, Special
Committee on Neonatology;

Dr. H.L. Sussman, Chairman, London Psychiatric Hospital.

From the Quebec Medical Association:

Dr. M. Fournier, President;

Dr. J. Coffey, Executive Director.

From the British Columbia Medical Association:

Dr. D. McPherson, President;

Dr. N. Rigby, Executive Director.

From the Alberta Medical Association:

Dr. N. Gray, President.

From the Saskatchewan Medical Association:

Dr. G.A. Duke, President.

From the Manitoba Medical Association:

Dr. N. Heywood, President;

Dr. H.D. Fewer, President-Elect.

At 3:30 p.m.

From the Government of Quebec:

Mr. Pierre Marc Johnson, Minister of Social Affairs.

D^r H.E. Scully, président, «*Medical Advisory Committee,
Toronto General Hospital*»;

D^r J.E. Milligan, président, ministère de la Santé, «*Special
Committee on Neonatology*»;

D^r H.L. Sussman, président, «*London Psychiatric Hospitals*».

De l'Association médicale du Québec:

D^r M. Fournier, président;

D^r J. Coffey, directeur exécutif.

De la «British Columbia Medical Association»:

D^r D. McPherson, président;

D^r N. Rigby, directeur exécutif.

De l'«Alberta Medical Association»:

D^r N. Gray, président.

De la «Saskatchewan Medical Association»:

D^r G.A. Duke, président.

De la «Manitoba Medical Association»:

D^r N. Heywood, président;

D^r H.D. Fewer, président élu.

A 15 h 30

Du gouvernement du Québec:

M. Pierre-Marc Johnson, ministre des Affaires sociales.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

At 9:00 a.m.

From the Newfoundland Medical Association:

Dr. G. Hogan, President.

From the New Brunswick Medical Association:

Dr. D. Morgan, Past President;

Mr. D. Balmain, Executive Secretary.

From the Medical Society of Prince Edward Island:

Dr. C. McMillan, Executive Committee.

From the Medical Society of Nova Scotia:

Dr. R.D. Saxon, President;

Dr. J. Kazimirski.

From the Ontario Medical Association:

Dr. G.I. Isaac, President;

Dr. L.J. Genesove, Chairman, Committee on Medical Care and Practice;

Dr. R. Moulton, Chief of Staff, Fort Frances Clinic;

Dr. C. Godfrey, Director of Rehabilitation, Toronto Wellesley Hospital;

(Continued on the previous page)

A 9 heures

De la «Newfoundland Medical Association»:

D^r G. Hogan, président.

De la «New Brunswick Medical Association»:

D^r D. Morgan, ancien président;

M. D. Balmain, secrétaire exécutif.

De la «Medical Society of Prince Edward Island»:

D^r C. McMillan, Comité directeur.

De la «Medical Society of Nova Scotia»:

D^r R.D. Saxon, président;

D^r J. Kazimirski.

De l'«Ontario Medical Association»:

D^r G.I. Isaac, président;

D^r L.J. Genesove, président, «Committee on Medical Care and Practices»;

D^r R. Moulton, chef du personnel, «Fort Frances Clinic»;

D^r C. Godfrey, directeur du Service de rééducation, «Toronto Wellesley Hospital»;

(Suite à la page précédente)

28
9 HOUSE OF COMMONS

Issue No. 13

Tuesday, February 21, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 13

Le mardi 21 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 21, 1984

(20)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:44 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand and Marceau.

Other Member present: Mr. Gurbin.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the Canadian Association of Optometrists: Mr. Gérard Lambert, Executive Director; Dr. Roland Desgroseillers, President; Dr. Emerson Woodruff, Professor; and Dr. Roy Brown, Past President. *From the Canadian Labour Congress:* Mr. Richard Mercier, Executive Vice-President; Mr. Bob Baldwin, National Representative, Research and Legislation; and Mr. Guy Adam, National Representative, Social and Community Program. *From the National Federation of Nurses' Unions:* Ms. Kathleen Connors, President; Ms. Jane Murray, Vice-President; and Ms. June Blau, President, Saskatchewan Union of Nurses.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 10:16 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 21 FÉVRIER 1984

(20)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 19 h 44, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand et Marceau.

Autre député présent: M. Gurbin.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{lle} Mildred Morton.

Témoins: De l'Association canadienne des optométristes: M. Gérard Lambert, directeur général; D^r Roland Desgroseillers, président; D^r Emerson Woodruff, professeur; D^r Roy Brown, président sortant. *Du Congrès du Travail du Canada:* M. Richard Mercier, vice-président administratif; M. Bob Baldwin, représentant national, Recherche et législation; M. Guy Adam, représentant national, Programme social et communautaire. *De la Fédération nationale des syndicats des infirmières et infirmiers:* M^{me} Kathleen Connors, président; M^{me} Jane Murray, vice-président; M^{me} June Blau, président, «Saskatchewan Union of Nurses».

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 22 h 16, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, February 21, 1984

• 1944

The Chairman: Order, please. We will call to order this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are pleased to have with us as our first group tonight the Canadian Association of Optometrists.

I gather Mr. Gérard Lambert, the Executive Director, will introduce the other gentlemen in the delegation. We do have a brief from you. Thank you very much. Perhaps you could summarize the brief for us, and then we will go into some questioning.

Mr. Lambert.

• 1945

M. Gérard Lambert (directeur général, Association canadienne des optométristes): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, en tant que directeur général de l'Association canadienne des optométristes, il me fait plaisir de vous présenter le docteur Roland Desgroseillers, président de l'Association canadienne des optométristes, le docteur Roy Brown, président sortant de l'Association canadienne des optométristes, le docteur Emerson Woodruff, professeur à l'école d'optométrie de l'Université de Waterloo, et le docteur Ron Hansford, président sortant de l'Association des optométristes de l'Ontario.

Docteur Desgroseillers.

Dr Roland Desgroseillers (président de l'Association canadienne des optométristes): Merci.

Mr. Chairman and members of the committee, thank you for the opportunity to address you on Bill C-3. We would be remiss if we did not take this opportunity to recognize the dedication and the contribution of many groups and individuals taking part in this process to achieve a better health system for Canadians. As the president of an association which represents a group of 2,300 practitioners who serve the vision needs of some 7 million Canadians every year as a part of the present Medical Care Act, I hope our presentation will serve to assist you in enhancing the delivery of health care to Canadians.

Our greatest concern regarding the proposed Canada Health Act is that a single vital section of the Medical Care Act has not been retained in the proposed Canada Health Act, a section placed there 18 years ago due to the efforts of optometry and recognized by the then Prime Minister Lester B. Pearson. It is a section which proved "for additional health services including optometrical services", a section which allowed for flexibility within the health insurance programs.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 21 février 1984

Le président: À l'ordre. Je déclare ouverte cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales.

Nous reprenons l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Notre premier groupe ce soir est l'Association canadienne des optométristes.

M. Gérard Lambert, directeur général, présentera les membres de la délégation. Nous avons reçu votre mémoire et nous vous en remercions. Vous pourriez peut-être résumer ce mémoire et ensuite nous vous poserons des questions.

Monsieur Lambert, vous avez la parole.

Mr. Gérard Lambert (Executive Director, Canadian Association of Optometrists): Mr. Chairman, members of the committee, ladies and gentlemen, as the Executive Director for the Canadian Association of Optometrists, I am pleased to introduce to you Dr. Roland Desgroseillers, President of the Association, Dr. Roy Brown, past President of the Canadian Association of Optometrists, Dr. Emerson Woodruff, Professor at the School of Optometry at the University of Waterloo, and Dr. Ron Hansford, past President of the Ontario Association of Optometrists.

Dr. Desgroseillers.

Dr. Roland Desgroseillers (President, Canadian Association of Optometrists): Thank you.

Monsieur le président et membres du Comité, nous vous remercions de nous permettre de venir vous entretenir du projet de loi C-3. Nous manquerions à notre devoir si nous ne profitons pas de la possibilité qui nous est donnée de souligner le dévouement et la contribution de nombreux groupes et personnes qui participent à ce processus visant à améliorer le système de santé des Canadiens. En tant que président d'une association représentant quelque 2,300 optométristes qui reçoivent chaque année quelque 7 millions de Canadiens dans le cadre de la Loi sur les soins médicaux, j'espère que notre présentation vous permettra d'améliorer la prestation des soins de santé au Canada.

Notre plus grande préoccupation au sujet du projet de loi est qu'un article essentiel de la Loi actuelle sur les soins médicaux n'a pas été retenu, article inclu dans la loi il y a 18 ans, sur la recommandation des optométristes et dont l'importance avait été reconnue par le Premier ministre de l'époque, l'honorable Lester B. Pearson. Cet article prévoyait «des services de santé complémentaires, y compris les services d'optométrie», permettant ainsi une certaine souplesse dans les programmes

[Texte]

Section 4.(3) specifically allows for the coverage of health care services under health care plans across this country; therefore, we recommend that Section 4.(3) be retained in the proposed Canada Health Act. This would ensure that no diminution of services would occur.

We recommend other specific amendments to Clause 2 of this new Bill so as to avoid disruption of present optometric services to Canadians under the present existing programs. Over 60% of vision care utilization is performed by optometrists. Because of the wide dispersion of Canadians, the population finds optometrists more accessible because we are equally well dispersed, and therefore, capable of providing vision care services to everyone.

We share the Minister's concern that freedom of choice in health care be maintained. We wish to ensure that no one health profession unilaterally replaces the existing health profession with its own model of a system to provide services already legislated to other providers of health. Monopoly in health care, we feel, is not in the public's best interest. It is the service that should be insured, not the provider.

Finally, we are recommending that the government make a provision for an optometric consultant to achieve in Canada a level of vision care that is equal to the level of health care sought by the proposed Canada Health Act. Our desire for you, the elected Members of Parliament, in co-operation with all interested groups is to achieve an Bill that will be beneficial and fair to all those concerned, a true health Bill for the people of Canada.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Doctor. I could have stood your brevity this afternoon in some of our deliberations.

Dr. Halliday: would you lead off, please.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, like yourself I want to welcome our witnesses here tonight.

Unfortunately, we have not had a chance to really get into your presentation here to fully understand it. Perhaps you could just review it for me again a little bit, if you would not mind. Are you suggesting that the opportunities you have had under the Medical Care Act will disappear under the new Bill?

• 1950

Dr. Desgroseillers: That is right. Section 4.(3) . . .

Mr. Halliday: Section 4.(3) of which, now—the Medical Act?

Dr. Desgroseillers: —of the Medical Act is not in the new . . .

Mr. Halliday: Have you quoted that Section 4 in your brief?

Dr. Desgroseillers: It is quoted in the brief, yes.

Mr. Halliday: On top of page 4, is that it? What is the amendment you would like to see put into the present Bill C-3?

[Traduction]

d'assurance-santé. L'article 4.(3) permet précisément l'inclusion dans les régimes de soins de santé du pays certains services de santé; par conséquent, nous recommandons que l'article 4.(3) soit retenu dans la nouvelle Loi canadienne sur la santé. Ainsi, il n'y aura pas d'érosion du service.

Nous recommandons d'autres modifications précises à l'article 2 de ce projet de loi de façon à ne pas diminuer les services d'optométrie offerts à l'heure actuelle aux Canadiens en vertu des programmes existants. Les optométristes assurent plus de 60 p. 100 des soins de la vision. La population canadienne est très dispersée et les optométristes sont plus accessibles car nous sommes également bien répartis dans le pays; par conséquent, nous sommes en mesure d'assurer des services de vision à tous.

Nous pensons comme le ministre qu'il faut assurer une liberté de choix en matière de soins de santé. Nous voulons faire en sorte qu'aucun type de professions de la santé ne puisse unilatéralement remplacer les professions existantes déjà capables d'assurer des services prévus par la loi. À notre avis, les monopoles dans les soins de la santé ne participent pas de l'intérêt du public. Nous pensons que le service doit être assuré et non pas la personne qui offre le service.

Enfin, nous recommandons que le gouvernement nomme un optométriste-conseil afin que la prestation des soins oculaires au Canada soit égale à la qualité des soins envisagés dans le projet de loi canadienne sur la santé. Nous voulons que les députés, en collaboration avec les groupes intéressés puissent adopter un projet de loi qui sera à la fois profitable et juste pour tous les intéressés, une véritable Loi sur la santé pour les Canadiens.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur. J'aurais grandement apprécié votre concision cet après-midi.

Monsieur Halliday, si vous voulez commencer les questions.

M. Halliday: Monsieur le président, tout comme vous je tiens à souhaiter la bienvenue à nos témoins ce soir.

Malheureusement, nous n'avons pas pu vraiment prendre connaissance de votre mémoire. Vous pourriez peut-être, si vous le voulez bien, en faire un court résumé. Pensez-vous que les services que vous pouviez offrir en vertu de la Loi sur les soins médicaux disparaîtront à cause du projet de loi?

M. Desgroseillers: En effet. Le paragraphe 4.(3) . . .

M. Halliday: Le paragraphe 4.(3) de quelle loi?

M. Desgroseillers: . . . de la Loi actuelle sur les soins de santé n'est pas dans le . . .

M. Halliday: Est-ce que vous citez ce paragraphe dans votre mémoire?

M. Desgroseillers: Oui.

M. Halliday: À la page 4, n'est-ce pas? Est-ce là la modification que vous voudriez faire ajouter au projet de loi C-3?

[Text]

Dr. Desgroseillers: We would like this particular Section 4.(3) retained in the new Canada Health Act. We would also like, right below that, Recommendation 2, and then a certain section, number 2.

Mr. Halliday: That is just a definition of optometrical services, is that correct?

Dr. Desgroseillers: Yes, that is right. By including that in your new Health Act, you would retain the same type of services that are now being provided with the Medical Care Act of 1966.

Mr. Halliday: So what you are really saying is that where Bill C-3 talks about physician services and certain dental services, you want to include in there another wording saying optometrical services. Is that my understanding?

Dr. Desgroseillers: That is right.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, at the moment I would like to think about this a bit more, because this is something we have not been faced with on the committee since we began to sit.

The Chairman: Maybe, Dr. Halliday, I could just ask a question at the same time on the same line. Once you saw the Act and the regulations, the proposed Act, did you make enquiries to the Minister or officials about the reasons for the change? Do you have any ideas about that?

Dr. Desgroseillers: Yes. We realized this a couple of days ago. We made an enquiry on Monday to the Minister. We did get in touch with her office. I think she was as surprised as we were about the absence of it. We did receive a legal opinion, a definite legal opinion, saying that we have been forgotten in this new Act. It seemed to be decreasing the services provided with the new Act, whereas this is not the intent of the Act. If you look at the preamble, it is not the intent of this new Act to decrease services to the Canadian public.

The Chairman: Can you just point out in your brief where the actual wording under the Medical Care Act is at the present time? Where is that located in your brief?

Dr. Desgroseillers: It is on page 4 in our brief, at the very top of the page.

The Chairman: I am reading the paragraph in quotes at the top of the page 4, above the underlying part that says: "be retained in the New Canada Health Act". I guess I am pretty tired, but I do not see optometrists mentioned in those first lines at the top of page 4. Am I looking in the right place?

A Witness: The clause provides for services other than those now specified in the Act. Part of the reason we wanted this particular clause retained is that it not only makes provision for ourselves, but for other health providers. It is a general clause.

The Chairman: I see. I had the impression in listening to Dr. Desgroseillers' opening statement that the word optometrist or something similar was in the present Medical Care Act.

[Translation]

M. Desgroseillers: Nous voudrions que ce paragraphe 4.(3) soit retenu dans la nouvelle loi canadienne sur la santé. Nous faisons également une deuxième recommandation au sujet de l'article 2.

M. Halliday: Ou vous voulez définir les services d'optométrie, est-ce exact?

M. Desgroseillers: Oui. En donnant suite à ces deux recommandations, vous conserverez dans le projet de loi les services qui sont assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux de 1966.

M. Halliday: Donc, là où le projet de loi C-3 fait allusion aux services médicaux et dentaires, vous voudriez qu'on y ajoute les services d'optométrie. Est-ce que je comprends bien?

M. Desgroseillers: Oui.

M. Halliday: Monsieur le président, pour le moment, j'aimerais réfléchir à tout cela car il s'agit d'un tout nouveau problème auquel nous sommes confrontés.

Le président: Dans ce cas, monsieur Halliday, je pourrais peut-être poser une question dans la même veine. Après avoir pris connaissance du projet de loi et des règlements qui en découlent, avez-vous demandé au ministre ou à ses fonctionnaires d'expliquer la modification? Êtes-vous capable de nous expliquer la modification?

M. Desgroseillers: Oui. Nous nous sommes rendus compte de cela il y a quelques jours. Nous nous sommes donc informés auprès du ministre lundi dernier. Nous avons communiqué avec son bureau. Je crois qu'elle a été tout aussi étonnée que nous de constater cette lacune. Nous avons consulté un conseiller juridique qui nous a confirmés cet oubli dans le projet de loi. Nous percevons une réduction des services dans le projet de loi alors que l'objectif de ce projet de loi est tout autre. En relisant le préambule, on constate que le législateur ne veut pas réduire les services au public.

Le président: Pourriez-vous nous dire à quelle page dans votre mémoire se retrouve l'article de la Loi sur les soins médicaux? À quelle page de votre mémoire?

M. Desgroseillers: À la page 4, deuxième paragraphe.

Le président: Je lis ce paragraphe cité entre guillemets à la page 4, avant les mots «soit retenu dans la nouvelle Loi canadienne sur les soins de santé». Je suis passablement fatigué mais je n'arrive pas à voir le mot optométristes dans ce paragraphe à la page 4. Suis-je en train de lire le bon paragraphe?

Un témoin: L'article prévoit des services autres que ceux précisés dans la loi. Si nous voulons que cet article soit retenu, c'est en partie parce qu'il permet d'assurer nos services mais également les services d'autres professionnels de la santé. Il s'agit d'un article de portée générale.

Le président: Je vois. En écoutant la déclaration liminaire de M. Desgroseillers, j'ai eu l'impression qu'on faisait précisément allusion aux optométristes dans la Loi actuelle sur les soins médicaux.

[Texte]

Dr. Desgroseillers: I am sorry. That is from a quotation from a letter that we had received from the Minister of Health, Judy LaMarsh, in 1966 . . .

The Chairman: Oh, I see; and she said that would be . . .

Dr. Desgroseillers: —that optometrists are included in the Act because of this Section 4.(3). We have been, and the provinces have included us in their provincial programs.

The Chairman: Perhaps I might just carry on there. How is the proposed wording different from the wording in the 1966 Act?

Dr. Desgroseillers: It is exactly the same wording. This Section 4.(3), we have taken this and—

The Chairman: Well, if it is exactly the same wording and you are included . . .

Mr. Halliday: You mean in Bill C-3, Mr. Chairman, do you not?

• 1955

Mr. Schroder: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Schroder.

Mr. Schroder: I think I can try to throw some light on that situation. I believe there was some enabling legislation, P.C. 1968-1004-4, which enabled the federal government to share in the costs of surgical-dental procedures performed by dental practitioners that required a hospital for their proper performance. This was only used once. Following this, the provinces, by their own will, financed, or were willing to pay the costs for, optometry, but at no time was it ever mentioned specifically in the Act. If it were to be mentioned in the Act, it would have to be agreed to by the provinces, because all the services that we fund through the Medical Care Act are ones that have been arrived at by federal-provincial agreement for those insured services. So it would have to be on agreement with the provinces before we could do it.

The Chairman: Maybe, Dr. Halliday, you can continue the questioning now, if you wish to do so.

Mr. Halliday: I think I am finished for the time being. I might want to come back later, Mr. Chairman.

The Chairman: There is a comment here. Yes, sir.

Dr. Roy Brown (Past President, Canadian Optometrists Association): Section 4.(3) was added after much deliberation during the passing of the original Medical Care Act. I would like to read a letter to you, which was addressed to me from the Office of the Prime Minister on December 13, 1966. It says:

The Prime Minister took note of your recent telegram requesting that eye care services provided by optometrists be included in the schedule of services covered by Bill C-227 in the same way as the services provided by ophthalmologists.

Following lengthy discussion in the House of Commons, Bill C-227 was finally approved with an amendment that will

[Traduction]

M. Desgroseillers: Je m'excuse. Il s'agit d'un extrait d'une lettre que nous avons reçue du ministre de la Santé, l'honorable Judy LaMarsh, en 1966 . . .

Le président: Oh, je vois; et elle disait que . . .

M. Desgroseillers: . . . que les optométristes sont visés par la loi à cause de ce paragraphe 4.(3). C'est ainsi que les provinces nous ont intégrés à leurs régimes.

Le président: Je pourrais peut-être continuer. Comment le projet d'amendement diffère-t-il du libellé de la loi de 1966?

M. Desgroseillers: C'est exactement le même. Ce paragraphe 4.(3), nous l'avons cité et . . .

Le président: Eh bien, s'il s'agit du même libellé et que vous êtes visés . . .

M. Halliday: Monsieur le président, vous parlez du projet de loi C-3, n'est-ce pas?

M. Schroder: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Schroder.

M. Schroder: Je peux peut-être éclairer notre lanterne collective. Il existe un pouvoir habilitant, le C.P. 1968-1004-4 qui permet au gouvernement fédéral de contribuer aux coûts des services de chirurgie dentaire assurés par des dentistes et qui doivent être dispensés à l'hôpital. On a eu recours une seule fois à ce pouvoir habilitant. Par la suite, les provinces de leur propre chef ont financé les services d'optométrie; cependant, ces services n'ont jamais été mentionnés dans la Loi. Si le gouvernement avait voulu le faire, la modification aurait dû être acceptée par les provinces car tous les services que nous finançons par l'entremise de la Loi sur les soins médicaux ont fait l'objet d'ententes fédérales-provinciales. Donc, il aurait fallu l'accord des provinces pour le faire.

Le président: Monsieur Halliday, vous pouvez continuer à poser vos questions, si vous le désirez.

M. Halliday: J'ai terminé pour le moment; je voudrais peut-être revenir au deuxième tour, monsieur le président.

Le président: Quelqu'un veut faire une observation. Oui, monsieur.

Dr Roy Brown (président sortant, Association canadienne des optométristes): Le paragraphe 4.(3) a été ajouté après de longues délibérations lors de l'adoption de la première Loi sur les soins médicaux. J'aimerais vous lire une lettre que m'avait fait parvenir le bureau du Premier ministre le 13 décembre 1966. Je lis:

Le Premier ministre a pris bonne note de votre télégramme demandant que les services de soins oculaires dispensés par les optométristes soient prévus à la liste des services assurés dans le projet de loi C-227, tout comme le sont les services des ophtalmologistes.

À la suite d'une longue discussion à la Chambre des communes, le projet de loi C-227 a été adopté avec un

[Text]

make it possible, by agreement between the federal government and a provincial government, to bring under the plan at a later date additional health services, including optometric services. This amendment has met with the concurrence of the Canadian Association of Optometrists.

Mr. Pearson appreciates receiving your views on this matter and asked me to thank you for bringing them to his attention.

That is when Section 4.(3), the enabling legislation to make it a Health Care Bill, was introduced, and it has been retained. It is still retained. Even after you had your block funding in 1977, Section 4.(3), as I interpret the Act and the amendments to that, is still there.

True, it was used for bringing in dental care services where there was an overlap, in the hospital setting only, but this amendment, 4.(3), in the original Medical Care Act, aided optometry in establishing the provincial bills. I have with me the Manitoba Bills. I do not know whether you want to hear all that, and the amendments that were made to it—I have it with me; I was president of the Manitoba Optometric Society at the time—and the Order in Council by the Lieutenant Governor. I can read part of that to you, if you like.

The Chairman: You could just summarize it. Do whatever you see fit, but summarize the situation.

Dr. Brown: So that enabled not only optometry to enter as an additional health care service, it enabled every other type of health care provider to enter other than strictly medical ones. So it did open it up; it did make it a truly health care Bill.

By removing it, I do not see how you can live up to the preamble in your new Bill, the Canada Health Act, if you remove that and have no means of adding additional health care services. We have had legal counsel on this in the last two days and we were assured that there is no mechanism, either in your new proposed Bill or in your new regulations, that would allow that. That is our concern. At least 4.(3) should be retained. It is in the interest of the people of Canada that it be retained. Optometry functions in some nine out of the ten provinces and one of the Territories and is included in service to the people. So it is a service that has been required, has been needed and has been brought in under the provincial health care plans. Surely you would see fit to retain it in the new Act.

The Chairman: You are saying, sir, that it is not mentioned in any way under the new Bill?

• 2000

Dr. Brown: We could in no way discover it in the Bill so we hired legal counsel to peruse it and he assures us—and we have his written interpretation of it—and concurs wholeheartedly with our deduction of it. Here is the last part of his statement yesterday, "Proposed Canada Health Act." I will read it to you, sir.

[Translation]

amendement qui va dans le sens de votre demande. Ainsi, grâce à une entente entre le gouvernement fédéral et la province, on pourra inclure au régime à une date ultérieure des services de santé complémentaires, y compris les services d'optométrie. Cet amendement a été approuvé par l'Association canadienne des optométristes.

M. Pearson vous sait gré d'avoir transmis votre opinion et m'a demandé de vous remercier d'avoir attiré son attention sur ce point.

C'est à ce moment-là que le paragraphe 4.(3) a été présenté et qu'il a été retenu dans la Loi sur les soins médicaux. Ce paragraphe existe encore. Même après l'introduction des méthodes de financement global en 1977, le paragraphe 4(3) est encore en vigueur, selon mon interprétation de la loi et des modifications qui ont été apportées.

On s'est servi de ce paragraphe pour assurer les services dentaires dans les hôpitaux; ce même paragraphe a cependant également permis la reconnaissance de l'optométrie dans les lois provinciales. J'ai ici les lois manitobaines. Je ne sais pas si vous voulez que je lise la loi et les amendements qui ont été adoptés, je l'ai ici avec moi; je présidais à l'époque l'Association manitobaine des optométristes et j'ai également le décret du lieutenant-gouverneur. Je pourrais vous en lire un extrait, si vous le désirez.

Le président: Si vous pouviez simplement le résumer. Faites comme vous l'entendez mais expliquez-nous la situation.

Dr Brown: Ce paragraphe a permis d'ajouter non seulement les services d'optométrie dans les services de santé complémentaires, mais également d'autres types de soins de santé qui ne sont pas nécessairement assurés par des médecins. Donc le paragraphe a élargi la portée de la Loi; il en a fait une véritable loi sur les soins de santé.

Si vous ne retenez pas ce paragraphe, je ne vois pas comment vous pouvez respecter le préambule de la nouvelle Loi canadienne sur la santé en enlevant ce paragraphe, vous ne pouvez plus ajouter de services de santé complémentaires. Nous consultons un avocat à ce sujet depuis deux jours et il nous a assuré que rien dans la loi ou dans le règlement ne pourrait le permettre. C'est ici que nous nous posons des questions. À notre avis, le paragraphe 4.(3) devrait être retenu. Il y va de l'intérêt des Canadiens. Les services d'optométrie sont assurés dans neuf provinces et dans un territoire et ils sont inclus dans les services à la population. Il s'agit donc d'un service nécessaire qui a été inclus dans les régimes provinciaux d'assurance-santé. De toute évidence, vous jugerez bon de le conserver dans la nouvelle loi.

Le président: Vous dites, monsieur, que cela n'est pas du tout prévu dans la nouvelle loi?

Dr Brown: Comme nous n'avons pas pu le trouver dans le projet de loi, nous avons engagé un avocat et il nous a assuré—nous avons son interprétation par écrit—qu'il est entièrement d'accord avec ce que nous en avons déduit. Je vous cite la dernière partie de sa déclaration d'hier, intitulée «Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé».

[Texte]

On my reading of the proposed legislation there is no provision for federal funding of optometrical services nor is there any mechanism for adding them by regulation or ministerial prescription. Under Section 5 of the federal funding, federal funding is in respect of the cost of insured health services provided under a health care insurance plan of a province. The definition of insured health services does not include optometrical service, neither is there any regulation-making power to allow expansion of the scope of insured health services nor is there any provision similar to S-43 of the Medical Care Act to allow additional services to be deemed to be insured health services by ministerial prescription. To include optometrical services it would be necessary to amend the proposed act.

For that purpose we worked out draft amendments to the effect of the desired result and they are included in our presentation to you. I think it could lead to a diminution of service across the country to Canadians. Thank you.

The Chairman: Thank you. I will go to Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président. Moi aussi je tiens à souhaiter la bienvenue à votre Association, messieurs les optométristes. Je viens du Saguenay, Jonquière, et nous avons d'excellents optométristes qui font un travail remarquable. J'aimerais savoir si vous avez consulté le Québec au sujet de ces changements que vous voulez apporter à la Loi. Comme vous le savez, nous avons eu la visite, cet après-midi, de M. Johnson, qui semblait nous reprocher de vouloir apporter des changements, avec lequel nous ne sommes pas d'accord, est-ce que vous avez, du côté du Québec, fait des approches pour savoir un peu s'ils étaient d'accord sur la suggestion que vous faites dans votre mémoire?

Dr Desgroseillers: Oui, nous avons fait des approches à la province de Québec, mais on ne veut rien changer dans la Loi; on veut que les choses restent ce qu'elles sont, on ne veut pas que les services soient diminués. Présentement, comment la nouvelle loi sera-t-elle écrite? Il semblerait que l'on veuille enlever les services des optométristes, et c'est cela que l'on ne veut pas. Pourquoi diminuer les services déjà existants? Et la province? Les optométristes du Québec sont d'accord avec nous: ils ne veulent pas cela.

M. Marceau: Est-ce que je comprends bien en disant que le service, actuellement, fait partie de l'assurance-maladie mais qu'il n'est pas à frais conjoints; est-ce que le gouvernement fédéral, actuellement, paye une partie de ces services-là? Est-ce que cela est inclus dans les services assurés?

Dr Desgroseillers: À notre connaissance, étant donné qu'il s'agit de paiements en blanc, cela fait partie des services optométriques.

M. Marceau: Alors avec le montant global que nous donnons, cela inclut...

Dr Desgroseillers: Les services optométriques.

M. Marceau: Maintenant j'aimerais avoir des précisions au sujet de votre situation par rapport aux émoluments ou aux

[Traduction]

A mon avis, le projet de loi ne prévoit pas que les services optométriques soient subventionnés par le gouvernement fédéral et il ne comporte aucun mécanisme qui permette de subventionner ces services par règlement ou par décret ministériel. En vertu de l'article 5, les subventions fédérales s'appliquent aux services médicaux assurés dans le cadre d'un régime provincial d'assurance-maladie. Il n'est pas question, dans la définition des services de santé assurés, des services optométriques. On ne prévoit pas la possibilité d'étendre, par voie de réglementation, la portée des services de santé assurés; on ne prévoit pas non plus de dispositions semblables aux dispositions du S-43 de la Loi sur les soins médicaux qui prévoient que des services additionnels puissent, par décret ministériel, être considérés comme étant des services de santé assurés. Pour que les services optométriques soient inclus, il faudrait modifier le projet de loi.

Nous avons rédigé des modifications à cette fin, qui figurent dans le mémoire que nous vous avons soumis. Je crois qu'il pourrait en résulter une réduction des services offerts aux Canadiens. Merci.

Le président: Merci. Je reviens à monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman. I too, gentlemen would like to welcome your association. I come from Jonquiere, in the Saguenay region, and we have excellent optometrists who are doing remarkable work. I would like to know whether you consulted Quebec about the amendments you are proposing. As you know, we had Mr. Johnson with us this afternoon and he seemed to reproach us for wanting to make changes, which is something that we could not agree with. Have you approached the Quebec people to see whether they agree with the suggestion you are making in your brief?

Dr. Desgroseillers: Yes, we approached the province of Quebec, but we do not want to make any changes in the act; we want things to remain as they are; we do not want services to be cut back. How will this legislation be drafted? It would seem that they want to remove optometrists services and that is what we do not want. Why cut back in services that are now being provided? What about the province? Quebec optometrists agree with us; they do not want that.

Mr. Marceau: Am I right in saying that the service is now covered by health insurance, but that the cost is not shared; does the federal government pay for part of the service? Is it an insured service?

Dr. Desgroseillers: As far as we know, since there is block funding, it is part of optometrical services.

Mr. Marceau: So the lump sum that we provide includes...

Dr. Desgroseillers: Optometrical services.

Mr. Marceau: I would now like you to provide me with some detailed information on your pay situation. Doctors who

[Text]

rémunérations. Des médecins qui sont venus témoigner devant nous nous ont expliqué qu'au Québec le salaire était 40 p. 100 moins élevé que le salaire moyen canadien. Quelle est la situation des optométristes par rapport à leurs rémunérations? Est-ce qu'ils sont dans une situation aussi grave qu'ils le prétendent et comment vous comparez-vous par rapport à eux?

Dr Desgroseillers: Des optométristes de la province de Québec?

M. Marceau: Oui, de la province de Québec.

Dr Desgroseillers: Oh, je dirais que, dans la plupart des provinces, la situation est pas mal la même en ce qui a trait aux services diagnostiques.

M. Marceau: Oui?

Dr Desgroseillers: C'est un peu différent mais, somme toute, je crois que c'est la même chose d'une province à l'autre quand il s'agit de services couverts. Neuf provinces sur dix sont couvertes; la seule province qui ne l'est pas, c'est la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

M. Marceau: L'Île-du-Prince-Édouard.

Dr Desgroseillers: Mais c'est la même chose dans la plupart des provinces, cela varie d'un dollar ou deux. C'est toujours dans la Colombie-Britannique qu'ils sont payés le plus cher, et, comme dans toutes choses, on espère se joindre à eux... Il y a beaucoup de difficultés au Québec.

M. Marceau: Alors, d'une façon générale, les salaires sont comparables...

Dr Desgroseillers: Ils sont comparables...

M. Marceau: ... avec ceux des autres provinces.

Dr Desgroseillers: Oui.

M. Marceau: Est-ce que...

Dr Desgroseillers: Ils sont tous bas...

M. Marceau: Est-ce que les services que vous rendez sont jugés à leur juste valeur par la population? Je pose cette question parce que nous avons eu des médecins qui sont venus nous dire que, au Québec en particulier, il y avait une diminution de la qualité des soins; qu'il y avait des enquêtes qui le démontraient. Selon vous, retrouve-t-on également cette diminution de la qualité des soins dans votre profession?

• 2005

Dr Desgroseillers: Non, je ne dirais pas cela. La qualité des soins n'est aucunement amoindrie dans la province, dans aucune des provinces. Même, il y a environ deux ans, l'École d'optométrie du Québec a été accréditée par l'association des écoles américaines. Donc, la qualité du service au Québec, et dans toutes les provinces, n'a pas été réduite. Cependant, on craint que l'adoption de ce projet de loi n'affecte le public.

M. Marceau: Alors, vous n'avez pas de plaintes, à votre niveau, en ce qui concerne la qualité des services que vous donnez en général?

Dr Desgroseillers: Du tout.

[Translation]

appeared before the committee explained to us the Quebec doctors are paid 40% less than the Canadian average. What is the pay situation for optometrists? Is their situation as serious as they claim and how do you compare to them?

Dr. Desgroseillers: Optometrists in Quebec?

Mr. Marceau: Yes, in Quebec.

Dr. Desgroseillers: I would say that the situation is pretty much the same in most provinces in so far as diagnostic services are concerned.

Mr. Marceau: Is it?

Dr. Desgroseillers: It is a little different, but I believe that it is pretty much the same in all of the provinces insofar as covered services are concerned. Nine out of ten provinces are covered; the only province that is not is Prince Edward Island.

Mr. Marceau: Prince Edward Island.

Dr. Desgroseillers: But it is the same in most of the provinces; there is a difference of \$1 or \$2. They are still paid the most in British Columbia and we hope to catch up to them, as we do in all areas. There are a lot of problems in Quebec.

Mr. Marceau: But the salaries are generally comparable...

Dr. Desgroseillers: They are comparable...

Mr. Marceau: ... to those in other provinces.

Dr. Desgroseillers: Yes.

Mr. Marceau: Is...

Dr. Desgroseillers: They are very low...

Mr. Marceau: Is the value of the services that you provide recognized by the public? I am asking you this because we had doctors who appeared before the committee and said that the quality of health care had gone down, particularly in Quebec; there were studies that showed that this was the case. Do you find that the quality of care has gone down in your profession as well?

Dr. Desgroseillers: No, I would not say so. The quality of care has not gone down in the least in the province or in any of the provinces. In fact, about two years ago, the Quebec School of Optometry was accredited by the association of American schools. So the quality of service in Quebec and in all of the provinces has not deteriorated. We are afraid, however, that the new legislation will affect the public.

Mr. Marceau: So you have no complaints, on your level, about the general quality of the services that you provide?

Dr. Desgroseillers: None.

[Texte]

M. Marceau: Les médecins du Québec nous ont également fait des remarques sur la surfacturation qui, avec les frais aux usagers, est l'objet principal du projet de loi. Ces médecins disaient que la surfacturation était un moyen qu'ils utilisaient pour négocier. Quel est votre point de vue là-dessus? Comme vous le savez, le projet de loi C-3 a pour but d'éliminer la surfacturation et les frais aux usagers. Avez-vous un point de vue à exprimer sur le but essentiel de ce projet de loi, qui est d'éliminer ces choses-là?

Dr Desgroseillers: Nous sommes d'accord pour dire que cela devrait être éliminé. La surfacturation n'est pas nécessaire, et elle devrait être éliminée, mais à condition que cela ne se fasse pas du jour au lendemain, pour donner un peu de répit à ceux qui peuvent surfacturer maintenant. Cela va affecter leur salaire de façon incroyable. Donc, il faut faire cela sur une période d'une ou deux années. Nous sommes d'accord pour dire que cela devrait être fait. Ce n'est pas un point qui devrait faire l'objet d'une négociation. Nous ne voyons pas cela de la même façon que les médecins, mais pas du tout.

M. Marceau: Ah bon!

Dr Desgroseillers: Pour nous, cela devrait être éliminé. Cependant, les provinces devraient nous payer la vraie valeur de nos services.

M. Marceau: Croyez-vous qu'on devrait mentionner dans l'éventuelle Loi canadienne sur la santé que les médecins ou ceux qui donnent des services professionnels devront être payés à leur juste valeur? Il y a un article du projet de loi qui prévoit que ceux qui reçoivent des soins . . .

Dr Desgroseillers: Oui, cela pourrait être inclus dans la loi.

M. Marceau: Vous ne vous y opposez pas?

Dr Desgroseillers: Mais qu'est-ce que cela veut dire, être payé à sa juste valeur? C'est un point de négociation. C'est que, parfois, lorsque les provinces savent qu'on peut faire de la surfacturation, elles nous accordent une rémunération un peu moins élevée que celle qu'on devrait recevoir pour le service. Mais si ce n'est pas là, elles devraient nous donner une rémunération raisonnable.

M. Marceau: Y a-t-il de la surfacturation dans votre profession? Quelle proportion des optométristes s'adonne à cette pratique?

Dr Desgroseillers: Cela dépend de la province. En Alberta, c'est une chose acceptable; en Nouvelle-Écosse, ils ont droit à une surfacturation de 5 dollars. Dans les autres provinces, moins de 1 p. 100 des membres de la profession font de la surfacturation.

M. Marceau: Au Québec, par exemple . . .

Dr Desgroseillers: Il n'y en a pas.

M. Marceau: Il n'y en a pas.

Dr Desgroseillers: Ce n'est pas légal.

M. Marceau: Ce sera ma dernière question, monsieur le président. Au point de vue de l'équipement, vos observations sont-elles les mêmes que celles des médecins? Les médecins nous disaient que, dans les hôpitaux, il y avait un problème

[Traduction]

Mr. Marceau: The Quebec doctors also commented on extra billing which, along with user charges, is the main purpose of the bill. They said that, for them, extra billing was a bargaining tool. What are your views on this? As you know, the purpose of Bill C-3 is to eliminate extra billing and user charges. Do you have any views on the basic objective of the Bill, which is to eliminate those practices?

Dr. Desgroseillers: We agree that they should be eliminated. Extra billing is not necessary and should be eliminated, but on the condition that it is not done overnight, to give a bit of a break to doctors who can now overbill. It will have an incredible effect on their salaries, so it should be eased in over a period of one or two years. We agree that it should be done. It is a point that should not be negotiable. We do not see it the same way as the doctors do, not at all.

Mr. Marceau: I see!

Dr. Desgroseillers: We feel that it should be eliminated, but that the provinces should pay us what our services are really worth.

Mr. Marceau: Do you think that the new Canada Health Act should state that doctors or those who provide professional services must be paid what those services are really worth? There is a section in the Bill that states that those receiving health care services . . .

Dr. Desgroseillers: Yes, that could be included in the Act.

Mr. Marceau: You have no objections?

Dr. Desgroseillers: But what does it mean to be paid what the services are really worth? That is something that is subject to negotiation. Sometimes, when the provinces know that they can overbill, they pay us a little less than we should get for providing the service. But if that possibility did not exist, they would have to provide us with reasonable compensation.

Mr. Marceau: Is there extra billing in your profession? What percentage of optometrists indulge in this practice?

Dr. Desgroseillers: It depends on the province. In Alberta, it is an accepted practice; in Nova Scotia, they can overbill for up to \$5. In the other provinces, less than 1% of the profession overbills.

Mr. Marceau: In Quebec, for example . . .

Dr. Desgroseillers: There is none.

Mr. Marceau: There is none.

Dr. Desgroseillers: It is illegal.

Mr. Marceau: This will be my last question, Mr. Chairman. Do you feel the same way that the doctors do about equipment? They told us that there is an equipment problem in

[Text]

d'équipement et qu'ils n'avaient pas l'équipement approprié pour effectuer leur travail. Est-ce que les optométristes ont des problèmes d'équipement?

Dr Desgroseillers: Oui, nous avons un problème d'équipement et nous le disons dans notre mémoire. Le problème, c'est qu'il y a de l'équipement qui est trop cher pour un bureau privé. Donc, il faut que ce soit fait dans des hôpitaux. Mais l'ennui, c'est que les optométristes ont de la difficulté à être admis dans les hôpitaux.

• 2010

Il est difficile d'améliorer la profession quand on n'a pas le droit de faire quelque chose à cause de préjugés. On a la compétence et les connaissances nécessaires pour effectuer des travaux dans les hôpitaux, mais on n'en a pas le droit à plusieurs endroits. C'est cependant quelque chose qui se répand de plus en plus.

Peut-être que le professeur Woodruff pourrait vous en dire davantage, parce que c'est son domaine.

The Chairman: Dr. Woodruff.

Dr. Woodruff: We train people. We have hospital programs. I have listed in the brief the areas where we actually have training clinics. So our people are trained. But there is a large increase in technology which would be outside the limits of capitalization because of the frequency of its employment, with the consequence that it really does, to have widespread benefit to the Canadian public, have to be in institutions; and therefore for a number of years, since 1968-1969, we have begun to teach and employ such technology. In the last five years the technology has increased to a considerable extent in its use simply because its validity has been proven. The result is that we can do a great deal of preventive care for infants and young children and the elderly in particular—those who have vision impairment. Much of the information that is gained can be used to maintain sight and therefore keep people in their homes rather than to send them to institutions such as nursing homes and other homes for the elderly.

So this is one of the things that we have addressed in the brief because we do not see its wide deployment. In the terms of general funding of health care, much of this is not radically high in cost. We are not talking about costs such as they would face with CAT scanners in medicine or other things. We are talking of very reasonable costs, but still outside the costs that a private practitioner could bear and make it economic within the frame of a single practice or even smaller group practices. Larger group practices, where you would have 10 or more, could possibly capitalize this themselves. But they are not very frequent in Canada. There are a few, but only a very few, and they are in the larger centres. Consequently we have addressed this at considerable length in the brief.

M. Marceau: Je dois vous dire qu'on va certainement vérifier pour voir ce qui se passe. Il semble y avoir une

[Translation]

hospitals and that they do not have the equipment they need to do their job. Do optometrists have equipment problems?

Dr. Desgroseillers: Yes, we have an equipment problem and we say so in our brief. The problem is that some types of equipment are too expensive for a private practice. So it has to be done in a hospital. Unfortunately, optometrists have difficulty getting admitted to hospitals.

It is difficult to improve a profession when one does not have the right to do something, because of prejudice. We have the competence and the knowledge necessary to do some work in hospital facilities, but in many places, this right is denied us. Nevertheless, this practice is getting more and more widespread.

Professor Woodruff will perhaps be able to tell you more about it, since this is his field.

Le président: Docteur Woodruff.

Dr Woodruff: Nous formons des gens et avons mis sur pied des programmes en milieu hospitalier. D'ailleurs, on trouvera dans le mémoire la liste des installations où nous tenons des cliniques de formation. Nos effectifs sont donc formés. Cependant, étant donné le plus grand recours que nous devons avoir aux moyens technologiques, ce qui nous oblige à dépasser les limites de nos budgets, si l'on veut que nos travaux profitent à la population canadienne, nous devons travailler dans les établissements. En conséquence, depuis 1968-1969, nous avons commencé à utiliser ces moyens technologiques et à en enseigner l'utilisation. Les cinq dernières années, ces moyens ont d'ailleurs considérablement augmenté, tout simplement parce que leur utilité a été avérée. Nous pouvons maintenant administrer de nombreux soins préventifs aux jeunes enfants, aux enfants et aux personnes âgées souffrant de problèmes de la vue. Les renseignements que nous obtenons ainsi peuvent conserver la vue à ces derniers et partant, les garder à la maison plutôt que de les envoyer dans des établissements comme des maisons de santé ou des foyers pour personnes âgées.

Notre mémoire a donc abordé cette question parce que les mesures prises ne sont pas très répandues. Par rapport au coût de financement des services de santé, ceux liés à ces services précis ne sont pas très élevés. Il n'est en effet pas question de coûts aussi importants que lorsqu'on utilise des tomographes axiaux en médecine ou d'autres appareils onéreux mais plutôt de coûts très raisonnables, même s'ils sont supérieurs à ce que l'optométriste en clientèle privée peut assumer seul ou dans des petits groupes. Dans le cas de groupes plus larges comptant 10 optométristes ou plus, il est peut-être possible de financer ce genre de services mais il y en a peu au Canada, et ils se trouvent dans les grands centres. C'est la raison pour laquelle notre exposé sur la question a été relativement long.

Mr. Marceau: I assure you that we will certainly check to see what is happening. There seems to be something abnormal

[Texte]

anomalie, et vous pouvez compter sur les membres du Comité. Nous nous occuperons de votre demande.

The Chairman: Thank you, Mr. Marceau.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I will try to be brief. To save time I will just echo the words of my colleague, Mr. Marceau. Item 4(3) has caught my attention and interest. Especially what I want to concentrate on—and it is good to welcome you here, and especially if I can be provincial just for a minute, Dr. Brown, I would like to ask you, when you provide your services and they are so-called insured services, they have to be performed in certain locales. I want to confirm that with you, first of all. Is that the same for all provinces? It is on page 7 of your brief. You put it a little differently on the bottom of page 7. Are your services across the country insured services universally, regardless of where performed?

Dr. Brown: Yes.

Mr. Epp: Is there any restriction as to the type of service? Is there not a limit in some provinces as to the numbers in a given time period?

Dr. Woodruff: Yes.

Mr. Epp: That is really what I am getting at. Can you give us some detail on that, please?

Dr. Woodruff: There is a variation between various provinces. I think British Columbia has once a year. In Alberta it is really not based on services. It is a limited benefit, and this is part of the reason why the benefit is about half of what the normal fee would be, and this is really the basis for the overbilling that has been permitted. It is not increasing the basic fee; it is simply bringing the basic fee to something that permits the optometrist to make a reasonable living.

• 2015

In Saskatchewan there is a fee schedule, but again one of the things that even the previous Act and the way in which the provinces have instituted it . . . There is no Canadian standard for fee structure.

I would like Dr. Brown, since he practises in Manitoba, to say what Manitoba is.

Dr. Brown: We have three services . . . 8547, 8546 and 8545. Actually, the 8545, which is a regular examination, is once a year, but then 8547 is the same service performed within a year provided it is required. The patient may have had cataract surgery or something of that nature and you have follow-up care to do and rehabilitation of that patient. So really you have a fairly good latitude there, but there are different amounts of fee for that.

No one, to the best of my knowledge, has opted out in Manitoba since the inception of the Act, and we came in about the same time as the Act came into being. The Medical Act itself came in in April and we joined it in July. It was all in the

[Traduction]

here, and you can count on the members of the committee. We will follow on your request.

Le président: Merci, monsieur Marceau.

Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Je m'efforcerai d'être bref et à cette fin, je reprendrai à mon compte les propos de mon collègue, M. Marceau. Cela dit, l'article 4(3) a retenu mon attention. Auparavant, j'aimerais vous souhaiter la bienvenue ici. Si vous me permettez, docteur Brown, lorsque vous offrez certains services couverts par l'assurance, ils doivent être dispensés dans des endroits précis. Je tiens donc d'abord à confirmer cela. Or, la situation est-elle la même dans toutes les provinces? On trouve cela à la page 7 de votre mémoire, et à cet égard, le libellé du bas de cette page est quelque peu différent. Enfin, les services que vous dispensez à l'échelle nationale sont-ils entièrement pris en charge par l'assurance, quel que soit l'endroit où ils sont offerts?

Dr Brown: Oui.

M. Epp: Ces services sont-ils assortis de certaines restrictions cependant? Dans certaines provinces, y a-t-il une limite au nombre d'actes qu'on peut poser dans une période donnée?

Dr Woodruff: Oui.

M. Epp: C'est à cela que je voulais en arriver. Pouvez-vous nous donner davantage de détails là-dessus, s'il vous plaît?

Dr Woodruff: La situation varie d'une province à l'autre. Je crois qu'en Colombie-Britannique, les services sont offerts une fois par année alors qu'en Alberta, les limites ne sont pas fonction du nombre de services. L'honoraire surfacturé est à peu près la moitié du niveau habituel, c'est ce qui a été autorisé. On n'augmente donc pas l'honoraire de base; on permet tout simplement à l'optométriste d'exiger un honoraire raisonnable lui permettant de vivre.

La Saskatchewan s'est dotée d'un barème de rémunération, mais une des choses que même la loi précédente et la façon dont les provinces les ont mises en oeuvre . . . Bref, il n'y a pas de normes canadiennes pour ce qui est des barèmes de rémunération.

Étant donné que le Dr Brown exerce sa profession au Manitoba, j'aimerais qu'il nous parle de la situation dans cette province.

Dr Brown: Nous comptons trois services, le 8547, le 8546 et le 8545. Le dernier correspond à un examen annuel régulier alors que le 8547 est identique sauf qu'il est offert seulement s'il est nécessaire. Il se peut que le malade ait subi une intervention pour la cataracte ou quelque chose du genre, ce qui entraîne donc des soins postopératoires et de la réadaptation. Nous avons donc une marge de manoeuvre assez large, et des honoraires de niveaux divers.

A ma connaissance, personne au Manitoba ne s'est désengagé depuis l'adoption de la loi, et quant à nous, nous avons adhéré au régime à peu près en même temps que son adoption. En effet, la *Medical Act* (Loi sur les services médicaux) est

[Text]

same package, but we were two months down the road because of the administration of it.

Dr. Woodruff: I could provide you with a document our national office has made that sort of covers the spectrum of services.

Mr. Epp: I appreciate that. Then I will not take the time of the committee.

One last point, if I might. I found on page 12, gentlemen—actually beginning on page 11 . . . what I think is a very open consideration that you place; namely, the utilization of health care manpower resources. Those are your words and not mine. In your work as health care providers, do you see any difficulty in having or increasing insured services for specific health care providers now not included in insured services?

Dr. Woodruff: I think we do see that in a number of instances, and I think we could support what the nurses have advocated, that certainly some aspects of health care could be usefully addressed by particularly the nurse practitioner. Many of us have worked in northern areas with Indian peoples and find that the nurse practitioner there is a highly useful individual in the organization even of our services. They know their populations. They know what their problems are.

I had wide experience because for over 10 years I operated large programs in Ontario that were serving all the health regions for Indian peoples. We were seeing over 12,000 Indian children per year. In addition, we saw many adults. The team there was often the nurse and the optometrist. We were itinerants. We moved from site to site and did an annual service, but the nurse was always the person who lined them up. She knew a good deal about what she was doing on a broad spectrum of health care. She communicated with physicians, usually by itinerant visits and by radio.

So our opinion of what the nurses were advocating in their brief is that they should be supported and probably their use broadened. I am well aware, because my institution has a relationship with McMaster University, of the growing teamwork in that area and I think it concerns us that this teamwork grow. So I think it is a very useful approach and that is one of our concerns in making this. While we are interested in our appearing here on behalf of our profession, I think the clause that we have asked be retained in the Bill permits that type of thing to go on through government decision.

• 2020

One other aspect I see, there is a tendency for the increase of certain assisting things, not really to improve health care, because there are existing personnel there, but simply for one group to dominate another—and we have mentioned that in the brief—by increasing a type of assisting personnel that

[Translation]

entrée en vigueur en avril et nous avons adhéré en juillet. Cela faisait partie d'un même ensemble de mesures, mais nous étions deux mois en retard à cause de questions administratives.

Dr. Woodruff: Je pourrais vous envoyer un document publié par notre bureau national au sujet de la gamme de services offerts.

M. Epp: Je vous en serais reconnaissant. Je ne prendrai donc plus le temps du Comité.

Une dernière question, si vous me le permettez. À la page 12, et même à la page 11, vous faites certaines déclarations assez générales. J'entends par là que vous parlez de l'utilisation des ressources humaines en matière de services de santé. Ce sont les mots mêmes que vous utilisez. Or, en tant que professionnels de la santé, vous paraît-il difficile d'assurer les services offerts par d'autres thérapeutes ou spécialistes de la santé, dont les services ne sont présentement pas assurés?

Dr. Woodruff: Cela nous paraît possible dans certains cas, et à cet égard, nous pouvons appuyer la demande des infirmières voulant que bon nombre d'actes médicaux peuvent être posés par des infirmières en exercice. En effet, bon nombre d'entre nous avons travaillé auprès des populations indiennes des régions du Nord, et avons observé que les infirmières cliniciennes effectuent un travail très utile, même au sein de nos services. Elles connaissent les populations qu'elles desservent ainsi que leurs problèmes.

J'ai acquis beaucoup d'expérience en ce domaine du fait que pendant dix ans, j'ai administré des programmes d'envergure en Ontario qui desservaient toutes les régions où vivaient des populations indiennes. Nous voyons donc plus de 12,000 enfants indiens par année. Et en plus de cela, bon nombre d'adultes. Les équipes itinérantes étaient souvent constituées d'une infirmière et d'un optométriste. Nous nous déplaçons d'un endroit à l'autre une fois par année, mais c'est toujours l'infirmière qui préparait les gens à la visite. Elle connaissait une vaste gamme de problèmes de santé. Elle communiquait avec des médecins, d'habitude par radio ou soit à l'occasion des visites.

Nous sommes donc d'avis qu'il faut appuyer les demandes formulées par les infirmières et élargir leurs fonctions. À ce sujet, étant donné que mon établissement a des liens avec l'Université McMaster, je suis au courant du travail d'équipe qui s'effectue de plus en plus dans le domaine, et nous tenons à ce que cette façon de faire se répande davantage. Cette demande nous paraît donc bien inspirée et utile et nous tenons nous aussi à la faire. Bien entendu, nous représentons ici notre propre profession, l'article que nous désirons conserver dans le projet de loi autorise le gouvernement à prendre une décision à cet égard.

Je constate également qu'il y a de plus en plus de personnel assistant. Il ne s'agit pas vraiment d'améliorer les soins de santé, car il existe déjà du personnel, mais il s'agit plutôt de la domination d'un groupe par un autre, et nous en avons d'ailleurs parlé dans le mémoire. Il y a de plus en plus de

[Texte]

would really in our case do all the things we do with lesser training, but under direct supervision of physicians. We have no problem realizing that physicians need assisting personnel, but not when they are in the position of doing all the things we do; and yet in certain areas we have people who could be more fully employed if there was a co-operative aspect of delivery of service between medicine and ourselves.

Mr. Epp: Thank you for that answer, and thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp. Thank you, ladies and gentlemen of the committee, and thank you, Dr. Desgroseillers, and your delegation on behalf of the Canadian Optometrists Association. We are pleased you could come tonight, and we are pleased to receive your brief. Thank you very much for your comments.

Dr. Desgroseillers: Thank you.

The Chairman: I will ask the representatives of the CLC to come forward, please. We will carry on with the delegation from the Canadian Labour Congress, a delegation of three.

I gather Mr. Richard Mercier, Executive Vice-President, will speak initially on behalf of the delegation. We have your brief, Mr. Mercier, which is one of the shorter ones we have received, but I am sure that does not reflect on its quality at all. Perhaps, first of all, you might introduce to us again the other members of your delegation, and then we are in your hands for a few minutes.

M. Richard Mercier (vice-président administratif, Congrès du Travail du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président, membres du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. J'aimerais vous présenter d'abord mes deux acolytes. À ma gauche, mon confrère, Bob Baldwin, qui travaille à la Division de la recherche et, à ma droite, également mon confrère, Guy Adam, qui est en charge de nos Services communautaires et sociaux.

Le Congrès du Travail du Canada se réjouit de la présentation du projet de loi C-3, ou de la Loi canadienne sur la santé, et espère que le Parlement l'adoptera sans délai.

Le Congrès a toujours été intimement mêlé au débat public sur les questions de soins de santé. De fait, nous avons été parmi les premiers à préconiser des régimes publics et universels d'assurance-hospitalisation et d'assurance-soins médicaux, autrement dit l'assurance-santé. Depuis plusieurs années aussi nous travaillons à promouvoir:

- la santé et la sécurité au travail;
- les soins sanitaires préventifs, y compris la protection de l'environnement;

• 2025

- l'établissement d'une base plus solide et plus stable d'appui financier du gouvernement fédéral aux régimes provinciaux d'assurance-santé;

[Traduction]

personnel assistant, qui, dans notre cas, font tout ce que nous faisons avec moins de formation, et avec la surveillance directe des médecins. Nous comprenons que les médecins ont besoin de personnel assistant, mais il ne faut pas que ce personnel-là fasse tout ce que nous faisons. Et pourtant, dans certains domaines, il y a du personnel qui pourrait être plus pleinement employé s'il existait une collaboration dans la prestation de services entre la médecine et nous-mêmes.

M. Epp: Merci de votre réponse, et merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Epp. Merci, mesdames et messieurs, membres du Comité, et merci à vous, Dr. Desgroseillers, et à votre délégation de l'Association canadienne des optométristes. Nous sommes heureux que vous ayez pu comparaître devant nous ce soir, et nous sommes heureux de recevoir votre mémoire. Merci beaucoup de vos commentaires.

Dr Desgroseillers: Merci.

Le président: Je vais demander aux représentants du Congrès du travail du Canada de bien vouloir s'approcher de la table. Nous allons maintenant entendre la délégation de trois représentants du Congrès du travail du Canada.

Je crois savoir que c'est M. Richard Mercier, vice-président administratif, qui va prendre la parole le premier. Nous avons reçu votre mémoire, monsieur Mercier, qui est un des mémoires les plus courts que nous ayons reçus jusqu'ici, mais je suis certain qu'il est quand même excellent. Je veux vous demander de commencer en nous présentant les autres membres de votre délégation, et ensuite, vous aurez la parole pour présenter votre mémoire.

Mr. Richard Mercier (Executive Vice-President, Canadian Labour Congress): Thank you very much, Mr. Chairman and members of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. I would like to begin by introducing my two associates. On my left, is my colleague Bob Baldwin, who works in the Research Division, and on my right, is another colleague, Guy Adam, who is in charge of Community and Social Services.

The Canadian Labour Congress welcomes the introduction of Bill C-3, the Canada Health Act, and looks forward to its speedy passage through Parliament.

Over the years, the Congress has been actively involved in the public discussion of health care issues. Historically, we were among the early proponents of universal public hospital and medical care insurance—hereafter referred to as medicare. More recently we have been active in promoting:

- occupational health and safety;
- preventive health care, including environmental protection;

- establishing a stronger and more enduring basis of federal financial support for provincial medicare programs;

[Text]

- enfin, la restructuration globale des services de santé, avec une insistance moindre sur les médecins et les hôpitaux s'occupant de cas aigus par rapport aux centres communautaires de santé et aux autres travailleurs de la santé.

Toutefois, ce qui nous préoccupe le plus depuis quelque temps, c'est de voir s'estomper peu à peu le caractère universel de l'assurance-santé par suite du recours grandissant à la surfacturation par les médecins et aux frais modérateurs par les hôpitaux. Cette inquiétude nous a poussés à organiser, en novembre 1979, une conférence sur le thème «Sauvons l'assurance-santé», qui a abouti à la création de la Coalition canadienne de la santé.

Comparativement à la vaste gamme de questions relatives au domaine de la santé qui ont retenu notre attention au cours des dernières années, l'aspect que le projet de loi canadienne sur la santé touche concrètement est très restreint. En fait, il ne serait pas faux de dire que cette mesure vise à rétablir un objectif que la plupart des Canadiens croyaient inattaquable en 1967, à savoir l'accès aux services médicaux et hospitaliers, indépendamment des moyens financiers de l'individu. Si limité que cet objectif soit, nous le croyons d'une importance cruciale, et c'est pourquoi nous souscrivons au dessein du projet de loi et souhaitons son adoption rapide. Ce qui nous préoccupe le plus, c'est de savoir si le projet de loi atteindra pleinement son but. Dans cette perspective, il importe d'ajouter que, si les frais modérateurs et la surfacturation constituent un obstacle grandissant à l'assurance-santé universelle, l'obligation de verser des primes comme condition préalable du libre accès à l'assurance-santé est un obstacle qui gâche depuis longtemps l'universalité d'accès, et il faut le supprimer.

A notre sens, les dispositions les plus importantes du projet de loi sont celles qui prévoient de retrancher à la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral aux régimes provinciaux d'assurance-santé un montant égal à celui que la surfacturation et les frais modérateurs auront rapporté à ces régimes. Il est clairement affirmé que ni l'une ni l'autre méthode (surfacturation et frais modérateurs) ne sont en harmonie avec l'objet de l'assurance-santé universelle. Cependant, nous ne sommes pas certains qu'en diminuant d'un montant égal la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral, on arrivera à faire disparaître ces pratiques.

Présentement, les provinces qui permettent la surfacturation et les frais modérateurs en tirent un revenu pour leur régime d'assurance-santé en plus de recevoir des fonds du gouvernement fédéral. Si le projet de loi canadienne sur la santé est mis en oeuvre sous sa forme actuelle et qu'une province décide de recueillir un million de dollars par la surfacturation et les frais modérateurs, elle perdra un million de dollars de contributions fédérales. Mais sous l'aspect du résultat financier net, elle ne serait pas plus mal en point. Nous ne croyons pas que cette mesure soit excellente pour inciter les provinces à ne plus permettre ces pratiques, notamment parce que la hausse de revenu serait imputée non pas à ces gouvernements, mais aux médecins et aux hôpitaux. De plus, bien que nous ne prêtions pas de mauvaise intention au gouvernement fédéral, il n'en réalisera pas moins un gain net sous forme de retenue de

[Translation]

- restructuring the health care delivery system so as to reduce the emphasis on acute care hospitals and physicians versus chronic care institutions and other health care workers.

However, our over-riding concern in recent years has been the gradual erosion of the universal aspect of medicare as a result of the increasing practice of physicians extra-billing patients and hospitals charging user fees. This concern prompted us to organize an "SOS Medicare Conference" in November 1979, out of which emerged the Canadian Health Coalition.

In relation to the full agenda of health issues that we have been addressing in the recent past, the issue that is addressed in a concrete way in the Canada Health Act is very limited. Indeed, it would not be unfair to say that the Act is designed to restore an objective that we and most Canadians thought was established in 1967—namely, access to physician and hospital services that does not depend on ability to pay. As limited as this objective is, we believe that it is critically important, which is why we support the intent of the bill and urge its speedy passage. Our chief concern about the bill is whether it will be fully effective in meeting its objective. In this context, it is important to add that while extra-billing and user fees constitute a growing barrier to universal medicare, the charging of medicare premiums as a prior condition of "free" access is a long-standing barrier to universal access that should be eliminated.

From our point of view, the most important provisions of the bill are those that would reduce federal cash contributions to provincial medicare programs by the exact amount of extra-billing and user fee revenues generated by a provincial medicare program. These provisions make it clear that neither practice (extra-billing and user fees) is compatible with the intent of universal medicare. However, it is not clear to us that the one-for-one reduction in federal cash contributions is sufficient to eliminate these practices.

At the present time, the provinces that permit extra-billing and user fees get cash support for their medicare programs from these practices and from the federal government. If the Canada Health Act is implemented in its current form, and a province chooses to raise, say, \$1 million through extra-billing and user fees, it will lose \$1 million in federal cash grants. But in net financial terms, it will not be any worse off. This does not strike us as much of an incentive for provinces to abolish these practices, particularly since physicians and hospitals—rather than the provincial government—would have to bear the responsibility for raising the revenue. In addition, while we do not attribute ill intent to the federal government, it will end up with a net gain in the form of reduced cash contributions if user fees and extra-billing persist.

[Texte]

contributions financières si les frais modérateurs et la surfacturation persistent.

In our view the financial penalties for extra-billing and user fees should be structured so that the provinces are not losers if these practices persist. The most satisfactory way to accomplish this objective would be to reduce federal cash contributions by more than one dollar for every dollar of revenue raised through extra-billing. It would also be appropriate to have the penalties escalate if the practices persist.

• 2030

An alternative way to meet the objective would be to define the program conditions in such a way that extra-billing and user fees were explicit violations of the program conditions. This would clearly open the door to discretionary penalties under Clause 15 of the Bill. While we would like to see the program conditions written so that extra-billing and user fees are explicit violations of them, we would not want the penalties to be determined on a discretionary basis.

In addition, we do not think it is appropriate for the federal government to leave itself in a position to gain financially from the reduction in its cash contributions as a result of extra-billing, user fees, or other program violations. The Bill should provide that money saved through a reduction in cash contributions is directed back into the health care system.

Le projet de loi précise que, pour être universelle, la protection doit s'appliquer à tous les habitants d'une province. Nous sommes heureux de cette définition qui devrait supprimer l'obligation de payer une prime pour être assuré. Selon nous, c'est là un bon coup de barre. Toutefois, si l'on voulait, en précisant que tous les habitants doivent être protégés, faire abolir les primes parce qu'elles bloquent l'accès universel, nous ne voyons pas exactement pourquoi il faut traiter les primes différemment de la surfacturation et des frais modérateurs. Si l'on s'en tient au texte actuel du projet de loi, les provinces qui exigent des primes et excluent en conséquence certains habitants du régime seront tentées de continuer à agir de la sorte et espéreront s'en tirer avec des sanctions discrétionnaires minimales aux termes de l'article 15. Nous jugeons ce point trop important pour y laisser pareille ambiguïté. Le projet de loi devrait préciser des sanctions pour les cas où des primes sont exigées et où certains habitants ne peuvent en conséquence être protégés par le régime.

Enfin, la méthode envisagée dans le projet de loi pour déceler les infractions aux conditions du programme et le recours aux frais modérateurs et à la surfacturation réside dans un transfert d'information des gouvernements provinciaux au gouvernement fédéral. Selon nous, le projet de loi devrait comporter des dispositions en vertu desquelles les citoyens peuvent porter plainte auprès du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social concernant le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé ou la manière dont le gouvernement du Canada satisfait à ses obligations aux termes de cette loi. Ces dispositions devraient exiger une réponse

[Traduction]

A notre avis, les sanctions financières frappant la surfacturation et les frais modérateurs devraient être structurées de manière que les provinces soient nettement perdantes si ces pratiques continuent. Le moyen le plus efficace serait de diminuer la contribution fédérale de plus d'un dollar par dollar de revenu produit sur la surfacturation. Il serait également bon d'augmenter progressivement les sanctions s'il y a persistance des pratiques.

Un autre moyen consisterait à préciser dans les conditions du programme que la surfacturation et les frais modérateurs violent explicitement ces conditions. Cela ouvrirait clairement la porte aux mesures discrétionnaires prévues à l'article 15 du projet de loi. Quoique nous souhaitions voir les conditions du programme énoncées de manière que la surfacturation et les frais modérateurs constituent des violations explicites de ces conditions, nous ne voudrions pas que les sanctions soient fixées discrétionnairement.

De plus, il ne nous semble pas à propos que le gouvernement fédéral se mette dans une position qui l'amènerait à bénéficier financièrement d'une diminution de sa contribution pécuniaire par suite de la surfacturation, des frais modérateurs ou d'autres accrocs au programme. Le projet de loi devrait prévoir que l'argent épargné par une telle coupure de contributions sera réinjecté dans le système des soins de santé.

We are pleased that the bill defines universal coverage as coverage of 100% of a province's residents. This provision should have the effect of eliminating the requirement that a person pay a medicare premium as a prerequisite to being an "insured person". In our view, this is a very positive step. However, if the intent underlining the requirement of 100% coverage is that premiums should be eliminated on the grounds that they are a barrier to universal access, then it is not clear why they are dealt with differently from extra-billing and user fees. As the bill now stands, there will be a temptation in provinces to charge premiums and exclude some residents from coverage as a result, to maintain the status quo and hope for minimal discretionary penalties under Clause 15. In our view, this important issue should not be dealt with in such an ambiguous way. The Bill should incorporate a specific set of penalties in cases where premiums are charged and some residents excluded from medicare as a result.

Finally, under the Bill, non-compliance with the program conditions and use of user fees and extra-billing would be detected by means of information transferred from the provincial governments to the federal government. In our view, the bill should make specific provisions for citizens to lodge complaints with the federal Minister of Health and Welfare concerning the operation of provincial medicare programs and/or the way in which the Government of Canada is fulfilling its obligations under the Bill. This provision should require a written response within a limited period of time, and

[Text]

écrite dans un délai restreint; de plus, plaintes et réponses devraient être comprises dans l'information que le ministre est tenu de fournir au Parlement.

La Loi canadienne sur la santé, répétons-le, ne traite concrètement que d'un domaine très limité. Le projet de loi le reconnaît, d'ailleurs. Après avoir énoncé une définition très large de la politique relative à la santé, à l'article 3, il rétrécit beaucoup plus sa portée dans les articles suivants. Mais cela n'enlève rien à l'importance cruciale du point en question. Garantir l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux sans le conditionner aux ressources de l'individu est une question morale d'une extrême importance. De plus, sous l'aspect pratique, les frais modérateurs et la surfacturation ne peuvent coexister longtemps avec l'assurance publique universelle. Donc, nous sommes d'accord tant sur l'objet que sur l'orientation générale du projet de loi C-3. Nous reconnaissons aussi que les autres points signalés au début du présent mémoire nous laissent, à nous comme à vous, une mission à accomplir.

Et nous devons ajouter, dans notre mémoire qu'il nous paraît évident que, étant donné certaines pressions politiques, et étant donné certaines réalités pour certaines provinces, il ne faudrait pas hésiter à adopter le projet de loi. Cependant, il faut que le gouvernement fasse en sorte que les provinces qui n'ont ni frais modérateurs, ni surfacturation et qui n'utilisent pas de primes ne puissent être pénalisées.

• 2035

Aujourd'hui, nous avons entendu les représentations du Québec. Or, nous invitons le Comité à prendre en sérieuse considération les représentations faites par cette province et, au besoin, à écouter notre organisme, la F.T.Q., qui représente les travailleurs du Québec.

Monsieur le président, je vous remercie et nous sommes prêts à entendre les questions du Comité.

The Chairman: Thank you, Mr. Mercier.

Mr. Epp: would you lead off, please.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

You recognize that the government can now withhold funds if program conditions are not met?

Mr. R. Baldwin (National Representative, Research and Legislation, Canadian Labour Congress): That is correct; on a discretionary basis under Section 15.

Mr. Epp: Exactly. So what you are recommending can be done right now.

Mr. Baldwin: Well, we thought the existing program conditions had eliminated extra-billing and user fees 25 years ago. Unfortunately, as events have evolved over the years, the existing program conditions have not in fact been used to prevent extra-billing and user fees, which is why . . .

[Translation]

the complaint and replies should be included in the information that the Minister is required to provide to Parliament.

As we noted at the outset, the Canada Health Act deals concretely with a very limited issue. This fact is acknowledged within the proposed Act. After giving a very wide definition of health care policy in Clause 3, the Bill deals with a much more limited issue in subsequent clauses. However, this does not detract from the critical importance of the issue. Guaranteeing universal access to hospital services and physician care without reference to one's ability to pay is a paramount ethical issue. Moreover, as a practical matter, user fees and extra-billing cannot coexist for long with universal public insurance. Therefore, we support both the intent and the general policy stated in Bill C-3. We also recognize that the other issues noted at the beginning of this brief remain an ongoing challenge both for us and for you.

We should also add that given certain political pressures and the situation that exists in some provinces, Parliament should not delay in passing this Bill. However, the government must ensure that provinces that do not have user charges, extra-billing or premiums are not penalized.

We heard the representations made by the Province of Quebec earlier today. We would ask the committee to study the comments made by this province carefully, and, if necessary, to hear from our organization, the Quebec Federation of Labour, which represents the workers of Quebec.

I would like to thank you, Mr. Chairman, and to say that we are now ready to answer the committee's questions.

Le président: Merci, monsieur Mercier.

Je vais donner la parole d'abord à M. Epp, s'il vous plaît.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Admettez-vous que le gouvernement peut maintenant retenir des fonds si les provinces ne respectent pas les conditions du programme?

M. R. Baldwin (représentant national, Recherche et législation, Congrès du travail du Canada): C'est exact; il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire en vertu de l'article 15.

M. Epp: C'est cela. Donc, votre recommandation peut être mise en oeuvre tout de suite.

M. Baldwin: Eh bien, nous avons pensé que les conditions du programme actuel avaient éliminé la surfacturation et les frais modérateurs il y a 25 ans. Malheureusement, avec l'évolution de la situation au fil des ans, les conditions actuelles du programme n'ont pas été utilisées de façon à empêcher la surfacturation et les frais modérateurs. C'est la raison pour laquelle . . .

[Texte]

Mr. Epp: User fees and extra-billing were never part of those conditions. The conditions were accessibility and universality as defined by 95%.

Mr. Baldwin: Those indeed are the program conditions written into the existing Bill, with exception of the fact that reference is now made to 100%. It is still a question of interpretation, I suppose, as to whether user fees and extra-billing constitute less than 100% coverage, which is why I presume the Bill is drafted with specific reference in penalties for extra-billing and user fees.

Mr. Epp: I will get to that, but I want to go back to the old Bill first, because the old Bill did not have 100%; it was a 95% threshold.

Mr. Baldwin: That is correct.

Mr. Epp: I want to keep the two separate. That is why I was not quite sure why you would not have used the old Bill and said why did you not enforce the legislation you had, if that was the position. But be that as it may, others of us have said as well that maybe the dollar for dollar is not going to be a sufficient disincentive to take action.

What I want to ask you, though—and I am more interested in this, because you bring a new perspective to it, or a perspective that has been of concern to me, and you can help me on that—and that is this. The premiums previous hereto—there are three provinces that collect premiums. The 95%—when we take a look at the tracking of the 95% to the 100%, provinces were well within the 95%. Even Alberta, when the matter came up this past summer, was well within the 95%, and then they went to 98% plus, almost to 99%. So even with that kind of criterion they were within the so-called definition, qualifying for universality. But with premiums—in other words, if a person does not pay premiums, he or she still must be covered for insured services. That is the way the new Bill would read. So what I am asking you is what percentage of premiums in the three provinces that have premiums, for instance, would be covered by collective agreements; in other words, where the premium is paid in part or in total through the collective agreement.

Mr. Baldwin: I could not begin to tell you.

M. Mercier: Nous n'avons pas les chiffres en mains, mais pour répondre de façon plus indirecte à votre question, il faut reconnaître que dans toutes les provinces, le taux de syndicalisation est très bas: il est de l'ordre de 32 à 35 p. 100. Donc, il est fort possible que là où il y a des syndicats, on ait pu réussir à négocier avec l'employeur le paiement des primes pour les travailleurs, mais l'ensemble des travailleurs et travailleuses ne sont pas couverts.

Mr. Epp: Well, they can be covered if they are not unionized if they are still covered by a collective agreement. I think that is the key, not the unionization. I agree with you that most of them would have been unionized people as well. But what happens in your negotiations if premiums are part of your

[Traduction]

M. Epp: Ces conditions-là n'ont jamais fait allusion aux frais modérateurs ni à la surfacturation. Il s'agissait plutôt de l'accessibilité et de l'universalité à 95 p. 100.

M. Baldwin: Ce sont en effet les conditions du programme qui figurent dans le projet de loi, sauf qu'on parle maintenant de l'universalité à 100 p. 100. Je suppose que la question est de savoir si, oui ou non, les frais modérateurs et la surfacturation représentent une assurance à moins de 100 p. 100; en fait, c'est une question d'interprétation. J'imagine que c'est la raison pour laquelle le projet de loi fait allusion précisément aux sanctions dans le cas de la surfacturation et des frais modérateurs.

M. Epp: Je vais parler de ces sujets tout à l'heure, mais je veux d'abord reparrer de l'ancienne loi, parce qu'elle prévoyait un seuil d'universalité de 95 p. 100, et non pas de 100 p. 100.

M. Baldwin: C'est exact.

M. Epp: Je veux bien faire la distinction entre l'ancienne loi et le projet de loi actuel. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas très bien compris pourquoi vous n'auriez pas exigé l'application de l'ancienne loi, si telle était votre position. Mais, quoi qu'il en soit, nous sommes plusieurs à avoir dit que la sanction prévue n'est peut-être pas suffisante pour dissuader les provinces d'avoir recours à la surfacturation et aux frais modérateurs.

J'aimerais vous poser une question sur une nouvelle perspective dont vous avez parlé dans votre mémoire, et que je trouve intéressante. En ce moment, il y a trois provinces qui imposent des primes. Il est à noter que même ces trois provinces respectent largement le critère des 95 p. 100. Lorsque la question s'est posée en Alberta, cet été, on a trouvé que plus de 95 p. 100 de la population était assurée, et ce pourcentage a augmenté par la suite à presque 99 p. 100. Donc, même cette province respectait la définition de l'universalité. D'après le nouveau projet de loi, si quelqu'un ne paie pas de prime, il faut qu'il soit assuré quand même. Ma question est la suivante: dans les trois provinces qui imposent des primes, quel pourcentage des primes serait payé entièrement, ou partiellement, en vertu des conventions collectives?

M. Baldwin: Je ne saurais vous dire.

Mr. Mercier: We do not have any figures with us, but I could give you an indirect answer. It must be remembered that the proportion of unionized workers in all provinces is very low—namely between 32% and 35%. It is therefore very likely that in cases where workers are unionized, the union has managed to negotiate the payment of health care premiums for workers. However, all workers are certainly not covered.

M. Epp: Les travailleurs peuvent être couverts, même s'ils n'ont pas de syndicat, s'ils ont une convention collective. À mon avis, c'est ça, la question essentielle, plutôt que celle de la syndicalisation. Je suis d'accord pour dire que la plupart de ces travailleurs seraient également membres d'un syndicat. Qu'est-

[Text]

collective agreement and your shop stewards and others say, look, we do not want that as part of our pay package any more because under the Canada Health Act we are covered without the payment of premiums.

Has the CLC given that consideration? What is your position?

• 2040

M. Mercier: Si j'ai bien compris votre question, les travailleurs ne peuvent pas rejeter une telle solution du revers de la main parce que, comme cela s'est fait au Québec et comme cela peut se faire dans d'autres provinces, les primes peuvent, à partir du moment où elles sont négociées, être payées par les employeurs. Nous allons tout de même continuer à négocier des régimes d'assurance-santé avec différents employeurs pour couvrir d'autres frais qui ne sont pas couverts par l'assurance publique.

Mr. Epp: I am sorry; maybe I am not making myself quite clear. I have done some negotiating, and you gentlemen have done more than I; but when we talk about occupational or health safety or safety in the workplace, that is one thing. The point I am trying to get at is if you gentlemen on behalf of the CLC feel that premiums should be eliminated because they are regressive . . . they are part of your collective agreement now—and if we define universality now as 100% insurability and the non-payment of premiums cannot be held as a bar for provision of insured services then surely that affects your negotiations for that pay package.

For example, I do not know what it would be prorated at, but for argument's sake let us say it is prorated at a \$200 benefit per year per worker. Surely you could then make the argument that you do not want that \$200 benefit for something you feel you should not pay but you want the \$200 benefit, let us say, for a program of health and safety in the workplace. Let us keep it in the health field.

Has the CLC thought that question through, and what is your position?

The Chairman: Mr. Baldwin.

Mr. Baldwin: First, I would say that we are not and would not be in a position to give specific direction to our member unions as to how to handle that situation. However, one could predict that if the health care premiums were abolished and if part of the compensation package included the employer payment of health premiums then they would have to resolve at the bargaining table what happened to the \$200 that is no longer being paid.

Mr. Epp: That is my point.

Mr. Baldwin: Yes. But if you are asking us if we have thought of a specific direction to give to member unions the answer is no.

Mr. Epp: Thank you.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

[Translation]

ce qui va se passer lors des négociations si les primes sont payées en vertu de la convention collective? Les délégués syndicaux, et d'autres, vont dire que cet avantage ne les intéresse plus, car, d'après la Loi canadienne sur la santé, tout le monde est assuré sans avoir à payer de primes.

Est-ce que le Congrès du travail du Canada a déjà pris position sur cette question?

Mr. Mercier: If I understood your question correctly, workers cannot reject such a solution out of hand because, when premiums are subject to negotiations, they may be paid by the employers as is already the case in Quebec and might be the case at some later date in other provinces. We will continue to negotiate health insurance with various employers, in order to cover costs which are not presently covered by medicare.

M. Epp: Je me suis sans doute mal expliqué. J'ai fait de la négociation collective, et vous en savez certainement plus long que moi. Il n'est pas question ici de la sécurité au travail ni de maladies professionnelles. Si le Congrès du travail du Canada est d'avis que les primes devraient être supprimées en raison de leur caractère agressif et si, par universalité, on veut dire que la totalité des prestations doivent être assurées à 100 pour 100 et que le non-versement des primes ne peut pas justifier le refus des prestations assurées, cela devrait avoir des répercussions sur vos négociations collectives.

Mettons, pour dire quelque chose, que cela vaudrait 200\$ par an par travailleur. Vous pourriez refuser cet avantage, qui, à votre avis, devrait être fourni gratuitement et exiger par contre que soient prises des mesures pour assurer la sécurité et la santé au travail, et ce, pour un même montant.

Qu'en pensez-vous?

Le président: Monsieur Baldwin.

M. Baldwin: Nous n'avons pas de directives à donner quant à la position que nos membres adopteraient sur cette question. Cependant, si, aux termes des négociations collectives, il était convenu que les primes d'assurance-maladie seraient à charge de l'employeur, l'usage de ces 200\$ devrait faire l'objet de négociations.

M. Epp: C'est ce que je voulais dire.

M. Baldwin: Mais nous ne pouvons pas donner de directives à ce sujet à nos membres.

M. Epp: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Epp.

[Texte]

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Just a question about page 4 where you say:

An alternative way to meet the objective would be to define the program conditions in such a way that extra-billing and user fees were explicit violations of the program conditions.

This may relate to the discussion you just had. I am not sure what you mean because in my understanding the Bill does say that extra-billing and user fees are explicit violations of the program conditions.

Mr. Baldwin: Not in Clauses 8 through 12, which are the ones connected with the discretionary penalties under Clause 15. The extra-billing and user charges . . .

Mr. Blaikie: But you do not want discretionary penalties; you want the penalties on extra-billing and user fees to be designated.

Mr. Baldwin: We are saying, first, that the one-for-one penalty prescribed in Clause 20 does not look to us like much of a disincentive for provinces to allow extra-billing. So the question arises: If that is not an adequate disincentive, what else could you do?

One alternative would be to amend Clause 20 so the offset was more than \$1 for every \$1 raised through extra-billing and user fees. Another way of getting at the same thing would be to write program conditions 8 through 12 in such a way that there was no ambiguity about the fact that extra-billing and user fees were program violations in Clauses 8 through 12, and then there would be no doubt about your ability to draw on the discretionary penalties under Clause 15.

The problem with that second alternative is that then the penalties are only discretionary, and we are not sure that is the best way to leave it.

• 2045

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I tend to be in general agreement with the presentation. I do not have any places where I want to quarrel with the presentation—there was that clarification. So I think I will leave it at that and let other members carry on. If I think of something I will come back.

The Chairman: Mr. Baldwin.

Mr. Baldwin: I just might come back to the premiums again for question, because it is not unrelated to Mr. Blaikie's question either.

What struck us as a bit odd, which is why we posed the problem of the treatment of premiums as a question rather than an assertion, was that it seemed to us that if the intent of the 100% coverage was to go after premiums on the grounds that they constituted a barrier, then it just was not clear why you would not treat that phenomenon in the same way you would extra-billing and user fees, if that is the intent. There is no prescribed schedule of penalties in relation to premiums as there is with regard to extra-billing and user fees, and it just struck us as kind of odd that if that is what you wanted to do, why treat it differently than extra-billing and user fees?

The Chairman: Thank you.

[Traduction]

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Vous dites ce qui suit à la page 4:

Une autre façon d'atteindre cet objectif serait de considérer la surfacturation et les frais modérateurs comme une violation explicite des conditions du programme.

Je ne sais pas au juste ce que vous entendez par là, vu que le projet de loi stipule que la surfacturation et les frais modérateurs constituent des violations explicites des conditions du programme.

M. Baldwin: Mais non pas dans les articles 8 à 12, qui traitent justement des pénalités facultatives aux termes de l'article 15.

M. Blaikie: Vous voudriez que la pénalité en cas de surfacturation ou de frais modérateurs soit fixée à l'avance.

M. Baldwin: Les déductions égales au montant de la surfacturation ou des frais modérateurs prévues à l'article 20 sont insuffisantes pour obliger les provinces à interdire ces pratiques. Ceci étant, il faut trouver d'autres solutions.

On pourrait modifier l'article 20, de façon à ce que les déductions soient supérieures au montant de la surfacturation et des frais modérateurs. On pourrait également rédiger les conditions figurant aux articles 8 à 12 de telle sorte qu'il soit parfaitement clair que la surfacturation et les frais modérateurs contreviennent aux dispositions de ces articles, ce qui permettrait d'imposer les pénalités facultatives prévues à l'article 15.

Mais il n'est pas certain que des pénalités facultatives soient la meilleure solution.

M. Blaikie: Dans l'ensemble, je suis d'accord avec les témoins. Je tenais simplement à faire cette petite mise au point. Je vais donc céder la parole à d'autres.

Le président: Monsieur Baldwin.

M. Baldwin: Je voudrais revenir à la question des primes.

Si vous estimez que le paiement de primes devrait être supprimé du fait qu'elles constituent un obstacle à la couverture à 100 p. 100 de la totalité des prestations, vous devrez, à mon avis, les traiter de la même façon que la surfacturation ou les frais modérateurs. On n'a pas établi un barème de pénalisation relativement aux primes, comme c'est le cas pour la surfacturation et les frais modérateurs; or, je ne vois pas pourquoi, dans votre optique, les deux seraient traités différemment.

Le président: Merci.

[Text]

Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, I would like to ask the witnesses if this brief has been cleared with the president of the CLC.

M. Mercier: Le président a déjà fait valoir publiquement son accord sur le projet de loi de M^{me} Bégin. D'ailleurs, les journaux ont rapporté bon nombre de déclarations où ce dernier se réjouissait de l'intention visée par le gouvernement fédéral dans ce projet de loi.

Mr. McCauley: So in other words Mr. McDermott has something nice to say about this government, in some cases.

Mr. Mercier: When we talk about the government, we do not talk about any goddamn party.

An hon. Member: Well, Mr. McDermott does.

Mr. Mercier: When we talk about the government, we make a . . .

nous établissons une différence entre le gouvernement et le parti au pouvoir.

Mr. Halliday: I do not.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): We do not either. That is the problem, we do not always . . .

M. Mercier: Si le gouvernement adoptait les mesures législatives que le mouvement syndical désire, il serait beaucoup moins critiqué, et vous seriez beaucoup moins étiquetés.

Mr. McCauley: Anyway, I want to thank you for your straightforward, no-nonsense support for the Bill. That is very, very heartening indeed.

And I want to thank you, too, for your participation and organization of the Canadian Health Coalition. It has been a very, very effective voice for consumers across the country, even if it is made up, according to the president of the Medical Society of Nova Scotia, of socialists and NDP members. That is not my opinion.

I would like to ask you . . .

Mr. Breau: If that be an NDP organization, I have been invited to about 60 of their meetings.

An. hon. Member: They are just using you as cover.

Mr. Breau: Perhaps they want me to join the NDP.

The Chairman: Mr. Breau, excuse me, Mr. McCauley has the floor.

Mr. McCauley: *Vis-à-vis* page 3 of your brief, when you raised the danger of provincial governments circumventing the intention of this proposed Act, we have in place now perhaps an example of that. The Government of British Columbia yesterday in its budget announced an 8% surcharge which they are portraying as a necessary move to deal with this terrible Bill. The surcharge will raise \$166 million to replace a possible \$35 million that they could pay in penalties for violating this proposed Act. Do you have any comment on that?

[Translation]

Monsieur McCauley.

M. McCauley: Je voudrais savoir si cet exposé a été approuvé par le président du Congrès du travail du Canada.

Mr. Mercier: The president of the CLC stated publicly that he was in agreement with Mrs. Bégin's bill. Furthermore, the press published a number of statements in which the president of the CLC concurred with the government's objective as expressed in this bill.

M. McCauley: Il arrive donc parfois à M. McDermott d'avoir quelque chose de bien à dire du gouvernement.

M. Mercier: Lorsque nous parlons du gouvernement, nous ne parlons pas d'un parti quelconque.

Une voix: C'est bien ce que fait M. McDermott.

M. Mercier: Lorsque nous parlons du gouvernement . . .

we make a distinction between the government and the ruling party.

M. Halliday: Moi pas.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous non plus.

Mr. Mercier: If the government were to enact legislation approved by the unions, we would not criticize it so much and you would not be labelled so often.

M. McCauley: Quoi qu'il en soit, je tiens à vous remercier de votre appui. C'est très encourageant.

Je voudrais également vous féliciter d'avoir participé à l'organisation de la Coalition canadienne pour la santé. Cette organisation a été un porte-parole très efficace des consommateurs, même si, selon le président de l'Association des médecins de la Nouvelle-Écosse, elle est constituée de socialistes et de membres du NDP, ce que je ne crois pas.

Je voudrais vous demander . . .

M. Breau: NPD ou non, j'ai été invité à assister à 60 de leurs réunions.

Une voix: Vous leur servez d'homme de paille.

M. Breau: Peut-être espèrent-ils que j'adhère au NPD.

Le président: C'est M. McCauley qui a la parole.

M. McCauley: Il est question, à la page 3 de votre mémoire, de la possibilité que les gouvernements provinciaux parviennent à circonvenir l'objet du projet de loi. Je puis justement vous en citer un exemple: le gouvernement de la Colombie-Britannique a fait savoir hier, à l'occasion de la publication de son budget, qu'il comptait prélever 8 p. 100 supplémentaires pour contrer les effets néfastes du bill. Il percevrait ainsi 166 millions de dollars pour compenser les 35 millions de dollars qu'il risque de devoir verser pour violation aux dispositions du projet de loi. Qu'en pensez-vous?

[Texte]

M. Mercier: Je n'ai pas d'observation particulière à formuler, sinon de dire que cela démontre, encore une fois, un manque de volonté politique évident de vouloir implanter un vrai régime d'assurance-santé dans cette province, et cela, de la façon la plus économique possible. Or, il est facile pour un gouvernement comme celui de la Colombie-Britannique de vouloir faire porter l'odieux sur toute autre personne ou tout autre organisme que lui-même.

• 2050

Nous déplorons évidemment l'adoption de telles mesures législatives par le gouvernement de la Colombie-Britannique, mais nous pourrions louer les efforts d'autres gouvernements.

M. McCauley: Merci.

On page 4 you suggest that the Bill—if money were coming back to the federal government through the penalty system, that money saved should be directed back into the health care system. Do you have any particular suggestions there, or would you just throw it back into the pot? Would you direct it into specific programs?

M. Mercier: Je donnerai certaines lignes générales, pour ensuite laisser mon confrère s'attaquer aux détails peut-être un peu plus techniques.

A mon avis, si une province déroge à la règle générale des soins de santé, il faut trouver un moyen de lui couper les revenus qu'elle touche du gouvernement fédéral, et cela, de diverses manières.

Cet argent peut être mis dans un fonds spécial pendant un bout de temps, au cas où cette dernière voudrait revenir sur la bonne voie, ou distribué aux provinces qui se sont conformées et qui veulent améliorer leurs soins de santé, jusqu'au jour où les citoyens de la province pénalisée reconnaîtront que leur gouvernement provincial n'est vraiment pas sur la bonne voie, surtout après avoir constaté ce que d'autres provinces peuvent faire.

Bien entendu, il s'agit de propos un peu généraux, mais je suis convaincu que Bob peut fournir certains détails.

Mr. Baldwin: I do not know that it would amount to giving more details, because we do not have a definitive proposal to make to you people. I guess the one thing that has struck me about it, though, is that if you were to start redistributing it to finance the ongoing costs of medicare in the other provinces, you would have a problem if the offending province or provinces came back into compliance. So it would strike me that that you would be looking at either expenditures that fell entirely within the federal jurisdiction or once-and-for-all expenditures maybe of a capital variety in other provinces.

But beyond saying that, I cannot give you a precise prescription for how to handle it.

Mr. McCauley: No further questions, Mr. Chairman.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

[Traduction]

Mr. Mercier: All I can say is that this is further proof of the absence of a political will to set up a real medicare system in that province as economically as possible. But, it is easy for a government such as British Columbia's to have someone else, a person or an agency, take the blame.

Obviously, we deplore the fact that these legislative measures have been adopted by the B.C. government, but we could praise the efforts of other governments.

Mr. McCauley: Thank you.

A la page 4 de votre mémoire, vous dites ceci: «Le projet de loi devrait prévoir que l'argent épargné par une telle coupure de contributions sera réinjecté dans le système des soins de santé». Avez-vous des propositions précises à faire à cet égard ou s'agirait-il tout simplement de le réinjecter dans le système? Faudrait-il l'affecter à des programmes précis?

Mr. Mercier: I will give you a general outline and my colleague will address the more technical details.

In my view, if a province does not abide by the general rules regarding health care, we have to find a way of reducing the funds it receives from the federal government; there could be several ways of doing this.

This money could be set aside for awhile in a special fund until that province decides to abide by the system or distributed to the provinces which conform and want to improve their health care, until such a time as the citizens of the penalized province recognize that their provincial government is really not on the right track, especially after having seen what other provinces have been able to do.

Of course, these are general ideas but I am convinced that Bob can provide details.

M. Baldwin: Je ne sais pas dans quelle mesure je pourrais donner de plus amples renseignements, mais nous n'avons pas de proposition précise à vous faire. Une chose m'a frappé, cependant: Si cet argent est réaffecté pour financer des dépenses courantes en matière de santé dans les autres provinces, des problèmes pourraient survenir si la ou les provinces dérogeant au système, décident de rentrer dans la bonne voie. Il s'agirait donc de tenir compte des dépenses qui relèveraient entièrement de la compétence fédérale ou des dépenses engagées une fois pour toutes en immobilisations dans les autres provinces.

Mais, cela dit, je ne suis pas en mesure de vous proposer une solution possible.

M. McCauley: Je n'ai plus d'autres questions à poser, monsieur le président.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

[Text]

On page 1 of the brief, Mr. Chairman, in the very bottom line, reference is made to the increasing practice of extra-billing. We have had some witnesses before the committee, I guess some from the provincial health ministry and from certain medical groups, suggesting the very opposite. They have figures to prove the exact opposite.

I wonder if you have figures to show there is actually a net increase if you adjust it according to population growth and increased cost of living and so on.

M. Mercier: Je ne dispose pas de chiffres sous la main, mais en raison du fait que nous sommes attentifs aux revendications des travailleurs et travailleuses que nous représentons, nous en venons à la même constatation que le gouvernement fédéral: certaines provinces utilisent de plus en plus les frais modérateurs, la surfacturation et les primes.

Quant à fournir des chiffres plus précis, nous n'en n'avons pas ce soir. D'ailleurs, je ne sais pas si nous possédons ces chiffres au Congrès.

Mr. Marceau: Do we have any figures?

The Chairman: No.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, on another subject, a subject our witnesses are more expert on than most of us here, probably, and most of our witnesses, and that is the subject of bargaining, it would seem that if Bill C-3 passes, it would mean the virtual elimination of extra-billing, and along with that, for all practical purposes, the elimination of opting out. It would take away a very effective tool that physicians have, health workers have, now, to bargain with their provincial governments on fees.

Mr. Blaikie: Just physicians, not health workers.

Mr. Halliday: Okay, at the present time.

• 2055

That being the case, being bargainers as you folks are and experienced in it, you would readily identify the unfairness of that situation. I am surprised you did not address that in here. Now, Mr. Justice Emmett Hall of course addressed it, and he talked in terms of compulsory arbitration as the twinning mechanism with the removal of extra billing. He said that was an essential, in his view.

Another approach to it, of course, has been the approach of some of the people from Quebec who have felt that the Bill was deficient because there was no protection to physicians in the Bill. There is a penalty for the provinces if they allow extra billing, but there is no penalty to the province in the Bill if the province does not provide adequate compensation or fair compensation. I am surprised you have not been fair and addressed that side of the issue as well. You are used to being fair in the bargaining process, and yet you have not even mentioned that in your brief. I would like to know what your recommendations are. What should be added to this Bill to

[Translation]

Monsieur le président, au haut de la page 2, on parle d'un recours grandissant à la surfacturation. Pourtant, certains représentants des ministères provinciaux de la santé et certains représentants de groupes médicaux ont comparu devant le Comité et ont prétendu, chiffres à l'appui, qu'ils constataient une tendance contraire.

Avez-vous des chiffres pour démontrer que l'on enregistre un recours grandissant à la surfacturation si l'on tient compte de la croissance de la population, de la cherté croissante de la vie, par exemple?

Mr. Mercier: I do not have figures with me, but we do pay attention to the claims of male and female workers we represent; we have reached the same conclusion as the federal government; some provinces are making a greater and greater use of user fees, extra billing and premiums.

We do not have any precise figures to give you at this time. I do not know whether the Canadian Labour Congress has such figures.

M. Marceau: Avons-nous des chiffres?

Le président: Non.

M. Halliday: Monsieur le président, je vais passer à un autre domaine, un domaine dans lequel nos témoins sont probablement beaucoup plus compétents que la plupart d'entre nous et la plupart de nos témoins: il s'agit des négociations; si le projet de loi C-3 est adopté, il me semble qu'il éliminerait toute possibilité de surfacturation et, à toutes fins pratiques, toute possibilité d'exclusion. La loi enlèverait aux médecins ou aux travailleurs dans le domaine de la santé un outil très efficace qui leur permet à l'heure actuelle, de négocier certains frais avec les gouvernements provinciaux.

M. Blaikie: Seulement les médecins; pas les travailleurs de la santé.

M. Halliday: À l'heure actuelle, d'accord.

Cela dit, les négociateurs chevronnés comme vous l'êtes pourraient facilement prétexter qu'il s'agit d'une situation injuste. Je m'étonne que vous ne l'ayez pas relevée. Or, le juge Emmett Hall s'est penché sur cette question et a dit que l'arbitrage obligatoire était lié à la suppression de la surfacturation. L'un appelait nécessairement l'autre, à son avis.

Bien entendu, d'autres, des gens du Québec, estiment que le projet de loi comporte des lacunes puisqu'il ne protège pas les médecins. Une disposition prévoit que les provinces permettant la surfacturation seront punies; mais il ne prévoit pas de punition dans le cas d'une province qui ne donnerait pas une compensation juste ou suffisante. Je suis étonnée que vous n'ayez pas été justes et que vous ne vous soyez pas penchés également sur cet aspect de la question. Vous avez l'habitude d'être justes dans les négociations et pourtant, vous n'avez pas parlé de ces questions dans votre mémoire. J'aimerais savoir quelles sont vos recommandations. Quelles dispositions

[Texte]

make it a fair bargaining position, as far as physicians are concerned vis-à-vis the governments?

M. Mercier: Je vais exprimer certaines pensées générales et laisser mon confrère répondre de façon plus précise.

Le C.T.C. croit qu'il est plus que temps qu'on assiste à une démystification des professions. Les professions devraient être beaucoup plus au service du public. En tant que représentants syndicaux, nous aimerions avoir le même *bargaining power* qu'ont les organisations professionnelles vis-à-vis des gouvernements. Les policiers ont leurs revolvers, les médecins ferment les hôpitaux. Il est temps que tout cela soit démystifié. D'autres travailleurs dans la société peuvent prendre en main certains services de santé.

On a assisté, au cours des années, à la démystification des avocats et du barreau. De plus en plus, des aspects de la profession sont mis entre les mains de gars et de filles ordinaires. Ce doit être la même chose dans le secteur de la santé. Je suis persuadé qu'il y a d'autres travailleurs qualifiés dans la société qui s'occupent de la santé et qui peuvent jouer des rôles beaucoup plus importants. Les médecins se disent sous-payés et se sentent lésés. Il faudrait peut-être que les provinces songent à créer un peu plus de ces cliniques communautaires dans les diverses régions où d'autres travailleurs de la santé pourraient rendre à la population des services tout aussi adéquats que ceux des médecins spécialisés.

Je ne dis pas que nous n'avons pas besoin de médecins, mais ces médecins-là devraient reconnaître que nous avons droit au même *bargaining power* qu'eux quand nous négocions avec les gouvernements. Je pense que les gars et les filles qui se font soigner dans notre pays doivent avoir le même *bargaining power* que les médecins ou que n'importe quel autre professionnel. Or, nous ne l'avons pas, et il est temps que ces professions-là soient mises beaucoup plus à la portée de la population qu'elles ne l'ont été jusqu'à maintenant.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I have one last question. I thought I understood Mr. Mercier to say that he gave general support to the proposals this afternoon from the Minister of Health in Quebec. Am I correct in saying that? I was listening to the translation; I may have misunderstood, but I thought that Mr. Mercier was indicating support for their proposals. Am I right?

M. Mercier: Je dois nuancer quelque peu, monsieur. Nous sommes d'accord avec les représentants du gouvernement québécois qu'on veut pénaliser le Québec, parce que, dit-on, il y a des frais aux usagers, de la surfacturation et des primes.

A notre sens, cela n'existait pas au Québec. Le Québec, lui, fait des représentations sur le plan constitutionnel. Comme vous le voyez dans notre mémoire, nous n'y touchons pas, et je n'ai pas l'intention d'y toucher ce soir. Tout ce que je dis au Comité, c'est que les provinces qui n'ont pas de frais modérateurs, qui n'ont pas de surfacturation ou de primes, ne doivent pas être pénalisées. Même s'il faut du temps pour adopter le projet de loi, ce dernier ne doit pas les pénaliser, ni leur imposer des restrictions.

[Traduction]

faudrait-il ajouter à ce projet de loi pour assurer des négociations plus justes entre les médecins et les gouvernements?

Mr. Mercier: I will give you my general views on the matter and allow my colleague to give you more detailed information.

The CLC believes it is high time that members of the professions come down off their pedestal and be more concerned with serving the public. As labour representatives, we would like to have the same bargaining power as professional organizations when dealing with governments. Policemen have their revolvers, doctors close hospitals. It is time to change all this. Other workers in our society could take over and provide some health services.

Through the years, we have witnessed a change with respect to how we view lawyers and members of the Bar. More and more, ordinary guys and girls tend to handle certain aspects of the legal field. The same should apply to the health field. I am convinced that there are other qualified health workers in our society who could be given more important roles. Doctors claim they are underpaid and feel hard done by. Maybe provinces should think of setting up more of these community clinics in various regions where other health workers could provide the population with services just as adequate as those provided by specialists.

I am not saying that we do not need doctors, but these doctors should recommend that we have a right to the same bargaining power when we negotiate with governments. I think that the guys and girls who are being treated in our country must have the same bargaining power as doctors or any other professional. But the fact remains that we do not now have it and it is time that those professions be brought down to a more common level than that level which they have known until now.

M. Halliday: Monsieur le président, j'ai une dernière question à poser. Si j'ai bien compris, M. Mercier a dit qu'il appuyait, de façon générale, les propositions avancées par le ministre de la Santé du Québec, cet après-midi. Ai-je bien compris? J'écoutais l'interprète; j'ai peut-être mal compris, mais j'ai vu que M. Mercier appuyait les propositions québécoises. Est-ce exact?

Mr. Mercier: I have to qualify that somewhat, sir. We agree with the Quebec government representatives that we want to penalize Quebec because, as was said, there are extra billing, user fees, and premiums, in Quebec.

In our view, this did not exist in Quebec. Quebec has made representations with respect to the Constitution. As you can read in our brief, we do not touch on this subject and I do not intend to broach it tonight. All I am saying to the members of the committee is that the provinces who do not have user fees, extra billing or premiums, should not be penalized. Even if it would take some time to adopt this Bill, it should not penalize the provinces or impose restrictions on them.

[Text]

• 2100

Cet après-midi, j'ai écouté M. Johnson nous dire que ce n'était peut-être pas la bonne façon que de présenter un projet de loi, car il existait peut-être des mesures administratives pour ce faire. Je n'entrerai pas dans le détail, mais il me semble qu'il faille nuancer quand on dit qu'on appuie le ministre des Affaires sociales du Québec.

Mr. Halliday: I was just trying to reconcile the Minister's strong desire that we not pass the Bill as it is with what I presume is a similarly strong desire of our witnesses tonight to pass the Bill as quickly as possible. I thought there was a bit of a conflict there. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you. I will go to Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes. I would like to address my question to page 4 of your brief, where you say:

The most satisfactory way to accomplish this objective . . .
—that is, to hold and limit extra-billing and user fees . . .

—would be to reduce federal cash contributions by more than one dollar for every dollar of revenue raised through extra-billing. It would also be appropriate to have the penalties escalate if the practices persist.

I would like you to tell me . . . When you wrote that you must have some idea of what you meant by more than \$1, what figures do you have in mind for this penalty? What I am getting at is what kind of proposal are you making, and when does it become punitive on the individual who is in the health care system—that is, the recipient of health care?

The Chairman: Mr. Baldwin.

Mr. Baldwin: Well, I guess we would begin with the concern that the user fees and extra-billing are punitive to begin with, so you start out with a problematic situation. The question is: What leverage can be created through the Canada Health Act to try to redress the problem? What is proposed in Clause 20, of course, is the one-for-one reduction in the . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): But you have said you want to go beyond that . . .

Mr. Baldwin: Okay. So you can make it . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —and I want to find out where you want to go beyond that.

Mr. Baldwin: You could begin at \$1.10.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): No, but you must have had some idea of figures when you were writing this.

Mr. Baldwin: No.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Really?

Mr. Baldwin: No, really. The whole idea was to make the provinces net losers if they permitted extra-billing. It was clear that the way to do it was to reduce the federal cash contribu-

[Translation]

This afternoon, I listened to Mr. Johnson who told us that this might not be a good way of ensuring acceptance of this bill, as there might be better administrative measures. I am not going to go into this in detail, but it seems to me that when we say that we support the Quebec Minister of Social Affairs, we should qualify that statement.

M. Halliday: Je tentais simplement de concilier deux choses: d'une part le ministre souhaite vivement que le projet de loi ne soit pas adopté tel quel et, d'autre part, je suppose que les témoins de ce soir souhaitent vivement qu'il soit adopté le plus tôt possible. Il semble y avoir un conflit. Merci, monsieur le président.

Le président: Merci. Je cède maintenant la parole à M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui. Ma question porte sur un extrait de votre mémoire; à la page 4, vous dites:

Le moyen le plus efficace . . .

Il s'agit de contrôler ou de limiter la surfacturation et les frais modérateurs . . .

serait de diminuer la contribution fédérale de plus d'un dollar par dollar de revenu produit sur la surfacturation. Il serait également bon d'augmenter progressivement les sanctions s'il y a persistance des pratiques.

Dites-moi . . . Lorsque vous avez rédigé ce texte, vous avez dû avoir une idée de ce que vous entendiez par «plus d'un dollar»; qu'envisagez-vous comme sanction? Que proposez-vous en réalité? À quel moment cette sanction punit-elle l'individu ou celui qui reçoit les soins de santé?

Le président: Monsieur Baldwin.

M. Baldwin: Eh bien, je dirais tout d'abord que les frais modérateurs et la surfacturation sont déjà une punition, au départ; il existe donc déjà un problème. La question se pose à savoir comment la Loi canadienne sur la santé peut servir à redresser cette situation. Bien entendu, l'article 20 prévoit une réduction . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Mais vous avez dit que vous vouliez aller plus loin . . .

M. Baldwin: D'accord. Vous pouvez donc changer . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . et je veux savoir jusqu'où vous voulez aller.

M. Baldwin: On pourrait commencer à 1.10\$.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Non; vous avez dû avoir une idée des chiffres lorsque vous avez rédigé ce texte.

M. Baldwin: Non.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'est vrai?

M. Baldwin: Non, c'est vrai. L'idée, c'était de faire perdre les provinces si elles permettaient la surfacturation. Il était évident que pour le faire, il fallait réduire la contribution

[Texte]

tion by more than \$1 for every dollar raised through extra-billing and user fees. We did not try to determine whether it should be \$1.10, \$1.15, \$1.20. We simply said that if you want to put them in a net loser position, it has to be more than \$1 per dollar.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): All right. So I am to take it from what you have said, then, that \$1.10 is what you are proposing.

Mr. Baldwin: No, you should not. I offer it by way of illustration.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You offered it...

Mr. Baldwin: If you want it to escalate, you could begin it at one level and have it escalate through time as the practice persists. But I am not committing this organization, neither will anybody else, to \$1.10 versus \$1.15 versus \$1.25. We are inviting you to look at the principle of reducing the federal cash contribution by more than \$1 for every dollar raised through user fees and extra-billing.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Surely the reason the Minister moved away from the old legislation is that the only leverage she had was to withhold all of it, which even she had to admit would be rather difficult then to make the system work. There are concerns now that there is not sufficient funding in the system. A number of witnesses before us have said that.

Mr. Baldwin: And as you know, that is a hotly contested proposition.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): All right. You might give us your point of view as to what you think, then.

Mr. Baldwin: I think it is an absolutely imponderable mess to figure out whether it is underfunded or overfunded.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): God, I am not quite sure about your contribution to this debate, but...

Mr. Epp: It might be the most accurate statement we have heard.

• 2105

Mr. Baldwin: There is no defensible categorical position on that issue, as far as I am concerned.

Mr. Mercier: As far as we are concerned, we are not the ones who are going to be elected to administer such a thing.

Mr. Baldwin: But the question is whether the one-for-one reduction is adequate. Surely that is not hard to understand.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I understand that. What I am trying to get from you is what you would suggest to us should be what you think would then make the system work. You have said it is not the old Bill—and I think

[Traduction]

fédérale de plus d'un dollar pour chaque dollar perçu grâce à la surfacturation et au frais modérateur. Nous n'avons pas cherché à préciser s'il devait s'agir de 1.10\$, 1.15\$, 1.20\$. Nous avons tout simplement dit que si les provinces devaient être dans une situation nettement déficitaire, il fallait que la somme soit supérieure à 1\$.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): D'accord. Si j'ai bien compris ce que vous avez dit, vous proposez que le montant soit fixé à 1.10\$.

M. Baldwin: Non, vous ne devez pas conclure cela. Je ne vous ai donné qu'un exemple.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous m'avez donné...

M. Baldwin: Si vous voulez l'augmenter progressivement, vous pourriez fixer une somme à un moment donné et l'augmenter s'il y a persistance des pratiques. Mais je n'engage pas le Congrès ou qui que ce soit à dire qu'il doit s'agir de 1.10\$, plutôt que 1.15\$ ou 1.25\$. Nous vous demandons d'étudier l'idée d'une réduction de la contribution fédérale de plus d'un dollar pour chaque dollar de revenu provenant de la surfacturation ou des frais modérateurs.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Si le ministre n'a pas repris l'idée de l'ancienne loi, c'est que cette dernière ne lui donnait pas suffisamment de pouvoir: tout ce qu'elle pouvait faire c'était de supprimer la contribution fédérale; même le ministre a dû admettre qu'il serait plutôt difficile de faire fonctionner le système, dans ces conditions. Je m'inquiète du fait qu'il n'y ait pas un financement suffisant du système. Bon nombre de témoins nous l'ont fait remarquer.

M. Baldwin: Comme vous le savez, c'est une proposition qui soulève des discussions fort animées.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): D'accord. Pouvez-vous nous donner votre opinion à ce sujet?

M. Baldwin: C'est le fouillis le plus complet; Comment savoir s'il est surfinancé ou sous-financé, je n'en sais rien.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Mon Dieu, je ne sais pas comment qualifier votre apport à cette discussion, mais...

M. Epp: C'est peut-être la déclaration la plus juste que nous ayons entendue.

M. Baldwin: Pour ma part, j'estime qu'il n'y a pas de position catégorique qui puisse être justifiée dans ce cas-ci.

M. Mercier: De toute façon, ce n'est pas nous qui serons choisis pour administrer le système.

M. Baldwin: Mais il faut savoir s'il suffit de réduire la contribution d'un dollar pour chaque dollar. Ce n'est pas difficile à comprendre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, je comprends cela. Voici ce que je veux que vous nous disiez: à votre avis, qu'est-ce qui fait fonctionner le système? Vous avez dit, et la

[Text]

most of us would agree with that—so we are trying to find out where it is in between.

Mr. Mercier: That is very simple. Let us face the reality.

Quand que je défends à mes enfants d'aller à un endroit et qu'ils y vont, je les semonce. S'ils y vont une deuxième fois, ils vont manger quelque chose qu'ils n'aimeront pas et, la troisième fois, ils seront peut-être punis sévèrement. Il me semble que c'est une question de *common sense*: il faut y aller étape par étape jusqu'à ce qu'on réussisse à faire raisonner les provinces.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): May I ask you about the question?

M. Mercier: J'ai dit à l'exception du Québec. Je vous invitais à écouter le Québec. Je ne sais pas si vous m'avez bien écouté tout à l'heure.

The Chairman: Mr. Breau.

M. Breau: Monsieur le président, en ce qui concerne les sommes d'argent qui seront retenues, vous avez raison de dire que le projet de loi ne précise pas clairement ce qu'on fera de ces fonds. S'il ne le signifie pas clairement, cela ne veut pas dire que ceux qui ont conçu le projet de loi ne croient pas que cet argent devrait être réaffecté au secteur de la santé. Je pense que ce serait politiquement inacceptable que cet argent soit dépensé dans un autre domaine. Le problème, c'est qu'on aimerait trouver un moyen de disposer de ces fonds-là, un moyen qui soit acceptable, du moins au niveau du Parlement fédéral.

Je ne pense pas que l'on puisse dépenser ces sommes d'argent à l'extérieur de la province en question. Voyez-vous, tous ces accords fiscaux n'ont jamais été testés en Cour suprême du Canada. Il y a des gens qui prétendent que si les ententes n'étaient pas conclues entre les gouvernements, ce ne serait peut-être pas constitutionnel. Il nous faut donc, dans le rapport fédéral-provincial, établir une ligne qu'on ne dépassera pas. Nous ne voulons pas faire de l'ingérence constitutionnelle. Alors, si cela n'est pas clair, c'est que l'on pense que si on dépassait un dollar, cela pourrait être considéré comme étant non constitutionnel. On pense que ce pourrait être la ligne, parce qu'autrement, cela pourrait vouloir dire que le Parlement fédéral veut enlever à la province plus que ce qui est imposé par la loi fédérale. Il y a une loi fédérale. On se sert du pouvoir de dépenser en vertu de la Constitution. On ne se sert pas d'un pouvoir constitutionnel dans le domaine de la santé. On se sert du pouvoir de dépenser. On pense que cela est légitime, pour le Parlement fédéral, de mettre des conditions au pouvoir de dépenser. Cela n'a jamais été contesté en cour non plus. On pense qu'il est acceptable, selon la tradition politique au Canada, de mettre des conditions au pouvoir de dépenser, comme on l'a fait pour les allocations familiales et pour l'assurance-chômage. Mais si on allait plus loin, cela pourrait être considéré comme de l'ingérence parce que ce serait vouloir retirer de la province ou des contribuables de cette province-là un montant qui dépasserait la valeur de la condition.

Je veux simplement vous expliquer. On ne dit pas que nos moyens sont les meilleurs, théoriquement parlant. Je suis d'accord avec vous pour dire que ce ne sont pas nécessairement

[Translation]

plupart d'entre nous sont d'accord avec vous, que l'ancienne loi n'est pas suffisante; j'essaie de trouver un terrain d'entente.

M. Mercier: C'est très simple. Acceptons la réalité.

If my children go where I have forbidden them to go, I reprimand them. If they go there a second time, they might have to do something they do not like, and if they go a third time they may be more severely punished. It seems to me that it is a question of common sense: we have to proceed step by step until such a time as the provinces become reasonable.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Que répondez-vous à ma question?

Mr. Mercier: I said with the exception of Quebec. I was asking you to listen to Quebec. I do not know whether you listened to what I was saying a while ago.

Le président: Monsieur Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, as regards the amounts that are withheld, you are right in saying that the Bill does not clearly indicate what will be done with them. If the Bill does not specify this, it does not mean that those who drafted the Bill did not believe the money should be reinjected in the health field. I think it would be politically unacceptable to inject this money in another field. The problem is that we would like to find another means to dispose of these funds, a means that would be acceptable from the federal Parliament's point of view.

I do not think that we would be able to spend these funds outside the province from which they were withheld. You see, all these fiscal arrangements have never been tested in the Supreme Court of Canada. Some people claim that if these arrangements had not been concluded by the governments, they might not be constitutional. In federal-provincial relations, therefore, we should establish a limit beyond which nobody will go. We do not want to interfere, from a constitutional point of view. Therefore, if it has not been stated clearly, it is because we feel that going beyond \$1 could be construed as being unconstitutional. We feel that this might be the limit; otherwise, this could mean that the federal Parliament wants to withhold from the province more than what is provided for in the federal Act. There is a federal Act. Spending authority is provided through the Constitution. In the health field, no constitutional authority is given. We use the spending authority. We feel it is legitimate, for the federal Parliament, to impose certain conditions with respect to spending authority. It has never been contested in court either. We feel it is acceptable, given Canada's political tradition, to set certain conditions to the spending authority, as has been done with family allowances and unemployment insurance. But if we would go beyond that, it might be construed as interference; some might think that the government wishes to withhold from that province or its taxpayers, an amount which is above that set out in the condition.

We merely want to explain the situation. We do not say that our methods are better, theoretically speaking. I agree with you that these are not necessarily the best ways of going about

[Texte]

les meilleurs moyens, si on envisage les choses d'un point de vue intellectuel. On veut s'assurer de ne pas dépasser cette ligne qui sépare la responsabilité fédérale et la responsabilité provinciale. A ce moment-là, ce doit être un jugement politique. En fait, la Cour suprême du Canada n'a jamais vraiment clarifié ce que le gouvernement fédéral peut faire ou ne pas faire avec ce pouvoir de dépenser.

• 2110

Vous comprenez ce que je veux dire? Au point de vue politique, nous pensons qu'il faudrait que l'argent soit dépensé dans le domaine de la santé, et je ne crois pas non plus que l'on pourrait dépenser l'argent à l'extérieur de la province en question.

M. Mercier: La seule remarque que je ferai sera pour dire que l'on tient à ce que l'argent soit dépensé dans le domaine de la santé. Cela est très clair et, pour l'instant, on laisse au législateur, au gouvernement, le soin de voir à ce que l'argent qui sera retenu soit réinvesti dans le domaine de la santé.

M. Breau: Je vais revenir à la question du Québec. Étant donné votre position de ce soir et la position que le Congrès du travail du Canada a toujours prise sur ces questions des tickets modérateurs et des frais aux usagers, je pense que l'on vous fera part, au cours des prochaines semaines, d'une raison pour ne pas être trop d'accord avec M. Johnson. Ce n'est pas clair présentement, mais le conflit semble être... Evidemment, lui, il nous expose toutes les raisons pour lesquelles il est contre le projet de loi, mais nous pensons que c'est pour masquer un autre problème. Au Québec, la différence entre un lit de soins intensifs — *acute care* — et un lit de soins chroniques n'est pas nécessairement établie par un médecin. C'est apparemment une désignation bureaucratique ou administrative. Quand une personne est dans un hôpital de soins intensifs et que le médecin ne dit pas que cette personne-là doit y rester pour des raisons médicales, eux, ils veulent désigner cela comme soins chroniques et commencer tout de suite à percevoir des frais aux usagers. Comprenez-vous?

Nous, nous disons, comme nous l'avons toujours dit, même avant le *block funding*, que la différence entre un lit de soins intensifs et un lit de soins chroniques devrait être déterminée en se basant sur la notion de «médicalement essentiel». On pense que le gouvernement provincial du Québec allait dans une autre direction en voulant désigner cela autrement qu'en fonction de la nécessité médicale, c'est-à-dire par un règlement administratif. Cela peut vouloir dire qu'une personne qui est à l'hôpital pour une opération peut, après trois ou quatre jours, se faire dire: Vous n'êtes plus un cas de soins intensifs, allez-vous-en dans une institution chronique. La personne devrait alors payer pour rester à l'hôpital.

M. Mercier: Je vous répondrai qu'il va sûrement y avoir des querelles politiques et que ce n'est pas à nous de les régler. Je comprends votre point de vue; je comprends également celui de M. Johnson. Cependant, permettez-moi de vous dire qu'en tant que représentant du Québec au Congrès du travail du Canada et en tant que citoyen du Québec, je suis très fier de notre régime d'assurance-santé.

[Traduction]

it, from an intellectual point of view. We do not want to overstep the boundary that divides federal and provincial jurisdictions. That would have to be a political decision. Actually, the Supreme Court of Canada never really clarified what the federal government can or cannot do with this spending authority.

Do you understand what I am getting at? Politically speaking, we think that the money should be spent on health and I do not think that it could be spent outside of the province.

Mr. Mercier: I would just like to comment that we want the money to be spent on health. That is very clear and, for the time being, we are leaving it up to the legislator, the government, to see that the money that is withheld is reinvested in health care.

Mr. Breau: I would like to come back to the question of Quebec. Given the position that you have taken this evening and the position that the Canadian Labour Congress has always held on user fees and user charges, I do not think that, in the coming weeks, we will give you any reason to disagree with Mr. Johnson. It is not clear for the moment, but the conflict seems to be... He naturally gives us his reasons for being opposed to the bill, but we think that that masks another problem. In Quebec, the difference between an acute care bed and a chronic care bed is not necessarily determined by a doctor. It appears to be a bureaucratic or administrative designation. When a person is in an acute hospital and the doctor says that that person does not have to stay there for medical reasons, they want to designate it as being chronic care and immediately begin collecting user fees. Do you see what I mean?

We are saying, as we have always said, even before block funding, that the difference between an acute care bed and a chronic care bed should be determined on the basis of what is "medically essential". We feel that the Quebec government was moving in another direction by basing it on regulations instead of on medical necessity. This means that a person who is in the hospital for an operation may be told after three or four days: you are no longer an acute care case, go to a chronic care institution. The person would then have to pay to stay in the hospital.

Mr. Mercier: I would answer you by saying that there will certainly be political dispute and that it is not up to us to settle them. I understand your point of view; I also understand Mr. Johnson's point of view. But I would like to say that, as someone who represents Quebec in the Canadian Labour Congress and as a citizen of Quebec, I am very proud of our health insurance plan.

[Text]

M. Breau: Moi aussi, remarquez bien. Tous ceux qui ont conçu ce projet de loi pensaient la même chose. Seulement, on vient de se rendre compte de cette différence-là. En tant que représentant syndical, pensez-vous qu'il devrait y avoir des frais aux usagers entre la période de soins intensifs et celle de soins chroniques?

M. Mercier: Je ne peux pas répondre de façon précise à cette question. J'ai dit dans mes remarques tout à l'heure, après avoir lu notre mémoire, que nous aurions aimé que la Fédération des travailleurs du Québec soit entendue, afin que vous puissiez connaître le point de vue de la plus grande centrale syndicale au Québec, puisque le Québec semble prendre tellement de place.

Malheureusement, cela n'a pas été fait. Tout ce que nous disons, c'est qu'il serait malheureux que, par une erreur politique, on fasse en sorte qu'un des plus beaux régimes d'assurance-santé soit modifié et soit forcé de régresser. C'est au gouvernement fédéral et au gouvernement provincial de s'entendre pour régler les conflits.

• 2115

En principe, le mouvement syndical est contre les frais modérateurs et la surfacturation.

M. Breau: S'il fallait distinguer les soins intensifs des soins chroniques à l'hôpital, appuieriez-vous la position fédérale selon laquelle, avant qu'une personne soit vraiment dans une institution de soins chroniques, elle ne devrait pas payer pour être à l'hôpital?

M. Mercier: Votre question est tout de même délicate, parce que je sais qu'il existe des ententes sur des définitions de termes, comme convalescents, maison de convalescence et autres, mais je ne suis pas au courant de toutes ces ententes.

M. Breau: Tout ce que je vous demande de faire...

M. Mercier: En principe, le mouvement syndical est contre toute surfacturation et contre les tickets modérateurs.

M. Breau: Moi aussi, au début, je me disais que cela semblait se passer ainsi au Québec, mais ce n'est pas clair.

Comme vous êtes, certainement, sensibilisé à cette question, je vous demanderais donc, avant d'appuyer radicalement la position du Québec, d'examiner ce qui se fait. Connaissant vos positions traditionnelles, je pense que vous ne serez pas d'accord sur cela.

M. Guy Adam (représentant national, programme social et communautaire, Congrès du travail du Canada): Monsieur le président, je ne crois pas que la position du C.T.C. soit d'appuyer la position du Québec, soit le rejet du projet de loi. Il faudrait tout de même qu'on s'entende là-dessus.

Nous sommes, toutefois, surpris que cet après-midi, monsieur le président, dans une salle où siègent des députés élus, aucun de ces députés n'ait démontré à M. Johnson qu'il avait tort.

M. Johnson a présenté un programme en des termes bien précis, mais aucun des élus du peuple n'a osé rejeter ses dires.

[Translation]

Mr. Breau: So am I. All of those who designed the legislation were of the same opinion. But we are just noticing that difference. As a union representative, do you think that there should be user charges between the acute care phase and the chronic care phase?

Mr. Mercier: I cannot give you a specific answer to your question. I said in my remarks earlier, after I read our submission, that we would have liked the *Fédération des travailleurs du Québec* to have appeared, so that you would have heard the views of the largest union organization in Quebec, since Quebec seems to take up a lot of room.

Unfortunately, they did not appear. All we are saying is that it would be a pity if, due to political error, one of the best health care systems were changed or forced to regress. It is up to the federal government and the government of the province to agree on ways of resolving conflict.

The union movement is in principle against user fees and extra billing.

Mr. Breau: If you had to make a difference between intensive care and chronic care in a hospital situation, would you agree with the federal position according to which a patient should not have to pay for his stay in a hospital except in the case of chronic care institutions?

Mr. Mercier: Your question is a delicate one to answer because I am not familiar with the definition of terms like convalescent, nursing homes, etc.

Mr. Breau: All I am asking you to do...

Mr. Mercier: In principle the union movement is against extra billing and user fees.

Mr. Breau: To summarize, I must say that at the beginning I also thought that the situation was like that in Quebec but it is not clear.

Since you are aware of this question, I would like you, before agreeing 100% with Quebec's position to examine what is happening in that province. As a matter of fact, since I know what your traditional position has been, I do not think you will agree with that situation.

Mr. Guy Adam (National representative, Social and Community Program, Canadian Labour Congress): Mr. Chairman, I do not think that the CLC wants to either agree with Quebec's position or reject the bill. We should agree on that at least.

However we are rather surprised to see that none of the elected representatives of the people did demonstrate to Mr. Johnson that he is wrong.

Mr. Johnson presented a program with very specific conditions and no elected representative of the people dared

[Texte]

Je peux donc vous dire que, comme consommateurs et syndicalistes, nous sommes dans l'ambiguïté, ce soir, à ce sujet.

M. Breau: Monsieur le président, pourrais-je juste dire à M. Adam...

The Chairman: Mr. Breau, I will let you come back again on second round, if you wish, but Mr. Blaikie has a brief one on the second round and we do want to hear the nurses before it gets too late.

Mr. Blaikie: Just one question, Mr. Chairman. It occurred to me after I passed up my first round, really. It had to do with the question of the escalating penalties, which are related to the three-year period, which is related to another issue. This may or may not be a difficult question.

One of the reasons the three-year period is there, according to the Minister, is that there is a three-year contract with doctors in Ontario. Now, an escalating penalty—a figure I used at one point would be dollar for dollar in the first year, two for one in the second year, three for one in the third year—just for purposes of discussion—would mean that those provinces that had a contract with doctors—in this case Ontario, which unfortunately of course is one of the provinces where there is the most extra-billing—would be put at a disadvantage by an escalating penalty, unless of course one was also prepared to say that they did not have to put themselves at that disadvantage because the contract with the doctors was something that they should be willing to abrogate for the sake of the principles of medicare.

When this argument has been advanced, that the three-year contract with the doctors in Ontario is something that should stand and that is why there is the three-year period, etc., I have reminded particularly people from the federal government that contracts with workers, with railroaders or public servants or whatever, through the 6 and 5 were not regarded as sacrosanct and they were broken by legislation, but on the other hand, depending on how you view doctors' contracts—you know, do two wrongs make a right? So I would like some advice from you—and I think probably other committee members who have this same concern about the three-year period—as to how you reconcile the desire for an escalating penalty and the desire to get rid of extra-billing as soon as possible with the contention that the three-year contract with doctors in Ontario had to be respected—just for a little fun.

• 2120

Mr. Baldwin: As was the case when Bill C-124 was in front of the House, I am not all that enthused about the abrogation of contracts of governing terms and conditions of employment. Indeed, to go back to a question that was raised earlier, I guess I would like to see doctors in pretty much the same situation as our people: You enter into an agreement, and that is what defines your terms and conditions of employment for the duration of the contract. You do not go around asking for extra money on top of it. But we can imagine the nurses going around to the individual patients in the hospital asking for

[Traduction]

reject it. Therefore I can tell you that as consumers and union members, we are very uncertain.

Mr. Breau: Mr. Chairman, could I just tell Mr. Adam...

Le président: Monsieur Breau, je vous permettrai de nouveau de poser des questions au deuxième tour, cependant M. Blaikie voudrait poser une brève question également et nous devons entendre l'Association des syndicats d'infirmiers-infirmières avant qu'il ne soit trop tard.

M. Blaikie: J'aurais une simple question à poser, monsieur le président, qui m'est venue alors que j'avais décidé de sauter mon premier tour. Et cette question porte sur la pénalisation progressive au cours de cette période de 3 ans, question qui est reliée à une autre.

La raison pour laquelle on mentionne cette période de 3 ans, d'après le ministre, c'est qu'il y a un contrat de 3 ans qui a été signé avec les médecins de l'Ontario. Si l'on s'en tient à la formule suivante: dollar pour dollar au cours de la première année, 2 fois plus au cours de la seconde et 3 fois plus au cours de la troisième, et je cite ces chiffres simplement à des fins de discussion, cela signifierait que les provinces ayant signé un contrat avec les médecins, l'Ontario par exemple, qui est malheureusement une des provinces où il existe le plus de surfacturation, ces provinces donc se trouveraient dans une situation désavantageuse à cause de cette pénalisation. On pourrait évidemment dire également qu'elles n'auraient pas dû se mettre elles-mêmes dans une telle situation et qu'elles devraient revenir sur leur parole en résiliant le contrat. Elles pourraient très bien agir de la sorte en s'inspirant des principes de l'assurance-santé.

Aux personnes qui s'opposent à une telle façon de procéder, notamment des représentants du gouvernement fédéral, j'ai fait remarquer qu'au cours de la période de restrictions et des 6 et 5 p. 100, les contrats signés avec les employés, cheminots et fonctionnaires, etc., n'ont pas été considérés comme sacrosaints; en effet, la Loi a permis que l'on résilie ceci. Pourtant, est-ce que deux négatifs font un positif? J'aimerais que vous me donniez vos commentaires là-dessus. Comment réconcilier ce désir de voir entrer en vigueur une pénalisation progressive et le désir de supprimer la surfacturation dès que possible et en respectant le contrat de 3 ans signé avec les médecins ontariens?

M. Baldwin: Comme c'était le cas lors de la présentation du Bill C-124, je ne suis pas en faveur de la résiliation des contrats en matière d'emploi. En fait, pour en revenir à une question qui a été posée plus tôt, je pense que j'aimerais envisager les médecins dans une situation assez semblable au reste de la population: une fois un contrat signé, il faut s'y tenir. Il ne faut pas ensuite réclamer de l'argent supplémentaire. Comment peut-on imaginer les infirmières se présentant devant les patients hospitalisés pour leur demander un supplément?

[Text]

something over and above the agreement that they struck with the hospital employers.

As far as the three-year agreement is concerned, if you are worried about the difficult situation with Ontario, one clear way to try to deal with it is to say that your escalation provisions do not take effect until three years after the Act comes into effect. You have cured your problem with Ontario dealing with the doctors, and once that period has passed, it is then up to Ontario to decide which way it is going.

Mr. Blaikie: Thank you.

The Chairman: If there is no further questioning, I wish to thank the delegation from the CLC for their brief and for answering all our questions so well.

Thank you again.

M. Mercier: Nous vous remercions, monsieur le président et messieurs les membres du Comité, d'avoir bien daigné nous écouter.

Merci beaucoup.

The Chairman: Order, please.

I will ask the delegation from the National Federation of Nurses' Unions to come forward to the table, please.

We are very pleased to have a delegation from the National Federal of Nurses' Unions with us tonight. I gather that Miss Kathleen Connors, the president, who is in the centre at the table, will introduce the other two people with her. We do have your brief. Thank you very much.

We would like you to make some comments on that brief, and then we would like to have a little time for questioning, even though the time is getting somewhat late.

I should also say on behalf of the committee that we would like to thank you very much for being so gracious as to give up your time this afternoon to the other activities that were going on here—very worthwhile activities with the Minister from Quebec. We thought we would give him and the committee more time then. This perhaps will give you more time tonight.

Thank you again for your co-operation. Miss Connors.

Ms Kathleen Connors (President, National Federation of Nurses' Unions): Thank you, Mr. Chairman.

At the outset, I would like to thank you for allowing us this time. I think this is the first time the National Federation of Nurses' Unions has done a formal presentation to any standing committee of the House of Commons, and I think it is a rather momentous occasion for us. I am pleased that we have representatives of all our affiliates, except for one. The National Federation of Nurses' Unions represents at present approximately 25,000 unionized nurses in this country.

We are a federation of six provincial nurses' unions, as well as nurses employed in the federal public sector.

[Translation]

En ce qui concerne l'entente de trois ans, si vous vous préoccupez de la situation difficile de l'Ontario, il est facile de s'en sortir en disant que les dispositions en matière d'escalade n'entreront en vigueur que trois ans après l'entrée en vigueur de la loi. Par la suite, ce sera à l'Ontario de décider de sa position.

M. Blaikie: Merci.

Le président: S'il n'y a pas d'autres questions, j'aimerais remercier la délégation du Congrès du travail du Canada pour son mémoire et ses réponses à nos questions.

Merci de nouveau.

Mr. Mercier: We thank you Mr. Chairman and members of the committee for listening to us.

Thank you.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Je demanderais maintenant à la Fédération nationale des syndicats d'infirmiers-infirmières de bien vouloir s'avancer.

Nous sommes très heureux d'avoir une délégation de votre fédération ce soir. M^{lle} Kathleen Connors, présidente de la Fédération, nous présentera les deux personnes qui se trouvent à ses côtés. Nous avons votre mémoire et nous vous en remercions.

Nous aimerions faire quelques commentaires portant sur votre mémoire puis passer aux questions, même s'il se fait tard.

J'aimerais également au nom du Comité vous remercier d'avoir bien voulu céder votre temps de parole cet après-midi pour permettre au ministre du Québec de prendre la parole. Nous avons pensé que nous aimerions lui donner davantage de temps cet après-midi et cela nous permettra peut-être de vous en donner davantage à vous-mêmes ce soir.

Nous vous remercions une fois de plus de votre collaboration. Mademoiselle Connors.

Mme Kathleen Connors (présidente, Fédération nationale des syndicats d'infirmières-infirmiers): Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, j'aimerais vous remercier de mettre ce temps à notre disposition. C'est la première fois que notre fédération fait un exposé en bonne et due forme devant un comité permanent de la Chambre des communes et c'est un événement historique pour nous. Je suis heureuse d'avoir des représentantes de toutes nos organisations affiliées ici à l'exception d'une. La Fédération nationale des syndicats d'infirmières-infirmiers représente à l'heure actuelle environ 25,000 infirmières et infirmiers syndiqués du pays.

Notre fédération regroupe six unions provinciales d'infirmières et infirmiers de même que des infirmières et infirmiers employés dans le secteur public fédéral.

[Texte]

Now, while we are relatively young, being formed in Winnipeg in May of 1981, we find it has been impossible for us to grow slowly in relationship to happenings in Canada's health care system. We have, despite our young history, tried to address issues as related to health care in Canada. Some of us met with members of Parliament in January, 1983. Perhaps you remember receiving copies of our editorials on health care in the spring of last year. Most recently, we have sent a poll to each and every Member of Parliament and the Senate asking for your opinions on the new Canada Health Act, so we are asking you to give us some feedback.

• 2125

I think it is very important that you hear from us, because, as we see it, we are the nurses in Canada who provide the direct patient care and contact to the consumers of health care. We work in acute care facilities and in the community through public health and home care. It is by this very nature of our direct contact with health care consumers that we feel we are particularly well equipped to discuss the kind of health care Canadians should have in the future.

Regarding the issue of accessibility, the federation is officially on record as supporting in principle the Bill in its determination to eliminate extra-billing and user fees. The measures in the Bill that control extra-billing and user fees are applauded, but we would question too whether the dollar-for-dollar financial penalty is sufficient to encourage provincial governments not to impose user fees and to eliminate extra-billing.

Regarding universality of coverage, we are pleased that the Bill addresses the issue of universality of medicare by stating that 100% of residents in a province be insured. We must express our concern that a mandatory penalty be defined within the Bill to deal with breaches of universality. We believe premiums are a barrier to universality and should not be a pre-condition to insured services under the program.

The next point, that of public administration, is one of extreme concern to the National Federation of Nurses' Unions. We firmly believe there must be non-profit public administration of the health care system. We are extremely opposed to private sector management groups' claims that they can slash hospital costs while maintaining services. Many of our members work in privately owned nursing homes. We are alarmed when headlines in the business section of one of our daily newspapers claim that privately owned nursing homes are a good investment. Health care for profit is unacceptable, in our eyes.

As nurses, we remain concerned, however, that the financial issues of user fees and opting out continue to dominate the

[Traduction]

Notre fédération est relativement jeune puisqu'elle a été constituée à Winnipeg en mai 1981; cependant il nous a été impossible de ne pas croître très rapidement étant donné les développements de notre système médico-hospitalier. Malgré notre jeune âge, nous n'hésitons pas à nous intéresser aux questions concernant les soins de santé au Canada. Des représentantes de notre association ont rencontré des députés en janvier 1983. Vous vous souviendrez peut-être d'avoir reçu des exemplaires de nos bulletins sur les soins de santé au printemps de l'année dernière. Plus récemment, nous avons effectué un sondage auprès de tous les députés et de tous les sénateurs afin de recueillir l'opinion des parlementaires sur la nouvelle Loi canadienne sur la santé. Nous voudrions savoir où vous en êtes.

Il est très important que nous sachions quelle est votre position car en tant qu'infirmières canadiennes nous prodiguons des soins directement aux patients et nous sommes en contact direct avec les consommateurs de soins de santé. Nous travaillons dans les hôpitaux pour soins actifs et au sein de la collectivité où nous nous occupons d'hygiène et de soins à domicile. C'est parce que nous avons un contact direct avec les patients que nous estimons que nous sommes particulièrement bien placées pour discuter du type de soins de santé dont les Canadiens pourront jouir à l'avenir.

Pour ce qui est de l'accessibilité, la fédération a déjà dit officiellement qu'elle appuyait le principe du projet de loi qui vise à supprimer la surfacturation et le ticket modérateur. Nous nous réjouissons donc des mesures de jugulation de la surfacturation et du ticket modérateur contenues dans le projet de loi, mais nous nous demandons s'il suffira d'imposer une pénalisation financière proportionnelle pour que les gouvernements provinciaux renoncent à imposer le ticket modérateur et à tolérer la surfacturation.

C'est aussi avec satisfaction que nous constatons que le projet de loi prévoit l'universalité de l'assurance-santé pour la totalité des habitants d'une province. Nous pensons qu'il faut que le projet de loi prévoit une pénalisation au cas où l'on dérogerait à ce principe. Nous pensons que les primes constituent une entrave à l'universalité et qu'elles ne devraient pas constituer une condition d'obtention de services assurés.

L'administration publique est une préoccupation première de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières-infirmiers. Nous sommes fermement convaincues du bien-fondé d'une administration publique sans but lucratif du régime de soins de santé. Nous rejetons vigoureusement les arguments des groupes d'administration du secteur privé qui prétendent qu'ils peuvent réduire les coûts hospitaliers tout en maintenant la même qualité de services. Beaucoup de nos membres travaillent dans des maisons de repos privées. Nous trouvons inquiétants les titres à la une des cahiers d'affaires des quotidiens qui annoncent que les maisons de repos privées constituent un bon investissement. À notre sens, réaliser des profits en prodiguant des soins de santé est inconcevable.

À titre d'infirmières, nous trouvons inquiétant que la question financière du ticket modérateur et celle des médecins

[Text]

debate on the proposed Canada Health Act. As we see it, reform and improvement is of high priority.

The issue of comprehensiveness: Insured health services, as outlined in the Bill, continue to promote a doctor and hospital dominated health care system. The NFNU, together with the many national bodies addressing the issues of health care, are greatly disappointed in the narrow definition of insured services.

Many organizations and individuals see that the solution to the medicare problem is to change the system from an illness based one to one of real health care, and to reallocate existing resources. We are well aware that this will require a great deal of political courage. However, we feel it is the one route to better health care and improved management of our taxpayers' money.

Nurses account for more than 50% of health care workers and as care providers witness daily the problems with today's existing health care system. We realize Canadians will need the expertise of doctors and other health care professionals in the life-sharing and life-supporting resources of hospitals, just as we always require the special skills of nurses in hospitals. However, we must save the high-tech, high-cost services for those who really need them, and use our limited resources to offer more economical and efficient home and community-based care.

Our future health care programs must fit the demands of an older population, the changing needs of adults, adolescents and children and the limits of our tax care dollars. We would see that changes to the health care model would assist in dealing with the problem of funding.

To achieve these goals, the proposed Canada Health Act must address the issue of comprehensiveness and begin to deal with long-term planning for the provision of health care in Canada. Ideally, the Bill should include a definition of comprehensiveness such as: "insured services" include services which promote, conserve and restore health, prevent illness, injury and disability, and provide supportive care when health is deteriorating.

• 2130

The definition should specifically include both preventive and curative mental health care, extended health care, including home care, and other services such as basic dental care, prescription drugs, prosthetic devices and assistive devices.

We realize that such comprehensiveness is not achievable overnight. However, expanded insured services could be gradually implemented if the definition of extended services was reviewed and in place, to assist a phasing in of comprehensive health services. Canadians should have access to a broad range of extended health services. The existing narrow

[Translation]

non adhérents continue d'être le coeur du débat sur le projet de loi canadienne sur la santé. Selon nous, il faut accorder la plus haute priorité aux réformes et aux améliorations.

La définition de services de santé assurés contenue dans le projet de loi perpétue un régime de soins de santé dominé par le médecin et l'hôpital. La fédération, de même que beaucoup d'organismes nationaux qui s'intéressent aux questions de santé, trouve décevante cette définition étroite de soins assurés.

Beaucoup d'organismes et de particuliers pensent que la solution aux problèmes de l'assurance-santé passe par la transformation d'un régime fondé sur la maladie en un régime fondé sur les soins de santé et par une nouvelle répartition des ressources. Nous nous rendons bien compte qu'il faudra pour cela beaucoup de courage politique. Toutefois, nous pensons que cela mènera à de meilleurs soins de santé et à une utilisation plus rentable des deniers publics.

Les infirmières représentent 50 p. 100 des travailleurs de la santé et quotidiennement, elles font face aux problèmes du régime actuel de soins de santé. Les Canadiens auront besoin de l'expérience des médecins et des compétences d'autres travailleurs de la santé capables d'utiliser les installations de survie dans les hôpitaux, mais ils auront toujours besoin des compétences très particulières des infirmières à l'hôpital. Toutefois, il faut utiliser la haute technologie avec parcimonie, réserver ces services fort coûteux à ceux qui en ont vraiment besoin et répartir nos ressources limitées pour offrir des soins plus économiques et plus efficaces à domicile et au sein de la collectivité.

Nos futurs programmes de soins de santé doivent répondre aux demandes des personnes âgées, des adultes qui ont des besoins différents, des adolescents et des enfants en tenant compte du fait que les ressources financières sont limitées. Nous pensons qu'en modifiant la conception actuelle des soins de santé, on contribuera à régler le problème de financement.

Pour atteindre ces objectifs, le projet de loi canadienne sur la santé doit tenir compte de toute la gamme des services pour procéder à une planification à long terme des soins de santé au Canada. Il faudrait donc que le projet de loi offre, pour décrire la gamme des services, la définition suivante: «services assurés», services visant à promouvoir, conserver et rétablir la santé, prévenir la maladie, les accidents et l'invalidité, et offrir des soins d'appoint quand la santé se détériore.

La définition devrait spécifiquement embrasser la prévention et le traitement des maladies mentales, les services de santé complémentaires, y compris les services à domicile, et des services comme les services dentaires de base, les médicaments vendus sur ordonnance, les prothèses et les autres aides.

Nous savons qu'une couverture aussi complète ne peut pas être assurée du jour au lendemain. Cependant, des progrès graduels pourraient être réalisés si la définition des services complémentaires était revue et insérée dans le texte. Les Canadiens devraient avoir accès à une vaste gamme de services de santé complémentaires. La définition de la loi actuelle ne

[Texte]

definition in the Act continues to promote a doctor and hospital dominated illness care system.

The range of authorized providers of insured services should be expanded to include other appropriate health care workers, such as nurses, counsellors, health educators, social workers, psychologists, physiotherapists. We as nurses have already proven ourselves as being very capable in northern areas, in public health units, and in community-based services such as the Victorian Order of Nurses.

Expanding the range of authorized providers will result in expansion of the range of authorized service settings beyond hospitals and physicians' offices, including community clinics, homes, workplaces and schools.

We as Canadians have never been satisfied with the status quo, and as a result we have seen improvements in our health care system. This striving for improvement is essential if our health care system is to continue to provide a quality of life we all desire. Implementation of change through consideration of our concerns is one step in the development of a comprehensive health care program for all. We hope that the Government of Canada grasps this opportunity to begin reforming the health care system. We, as health care professionals, taxpayers and health care consumers want to have an input in the health care decisions now and in the future.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Miss Connors. We will start off the questioning with Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. Miss Connors, may I welcome you to your first ever parliamentary committee hearing. May I say that I trust it certainly will not be the last, that we will see you back here making representations on other things from time to time.

May I just ask for the record—I may have missed it—the names of the other two persons who are with you.

Ms Connors: That is my fault; I apologize.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That is okay. I just wanted to get their names.

Ms Connors: On my right is Jane Murray; she is the Vice-President and is a Registered Nurse from Prince Edward Island. On my left is the national officer from Saskatchewan, President of the Saskatchewan Union of Nurses, June Blau.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much.

Miss Connors, as I think you probably know, the Bill in its present form, that is, as far as extra billing and user fees are concerned, has received the unanimous approval of the House

[Traduction]

sert qu'à maintenir la mainmise des médecins des hôpitaux sur le réseau de soins.

Les dispensateurs de soins autorisés et assurés devraient comprendre d'autres travailleurs de la santé comme les infirmiers et infirmières, les orienteurs, les éducateurs de la santé, les travailleurs sociaux, les psychologues, les kinésithérapeutes. Nous, les infirmiers et les infirmières, avons fait nos preuves dans les régions septentrionales, dans les unités sanitaires et dans des organismes voués au bien-être de la collectivité comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

En augmentant le nombre des dispensateurs de soins autorisés, on augmenterait également le nombre de lieux de soins autorisés au delà des simples hôpitaux et des cabinets médicaux, pour inclure les cliniques communautaires, les lieux de résidence, les lieux de travail et les écoles.

En tant que Canadiens, nous ne nous sommes jamais satisfaits du statu quo. C'est ainsi que nous avons vu les améliorations à notre réseau de soins de santé. Ce désir d'amélioration doit être un élément essentiel de notre réseau de soins de santé si nous voulons qu'il continue de nous offrir la qualité de vie que nous désirons pour demain. Nous pensons que l'application des mesures que nous recommandons est une étape vers l'établissement d'un réseau de soins de santé plus complet et ouvert à tout le monde. Nous espérons que le gouvernement du Canada profitera de cette occasion pour améliorer le réseau. En tant que professionnels de la santé, en tant que contribuables et en tant que consommateurs des soins de santé, nous voulons avoir notre mot à dire dans la prise des décisions actuelles et futures sur les soins de santé.

Merci.

Le président: Merci, mademoiselle Connors. Nous allons commencer avec M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je tiens à vous souhaiter la bienvenue à votre première réunion de comité, mademoiselle Connors. J'espère que ce ne sera pas la dernière, et que nous aurons l'occasion de vous revoir à intervalles réguliers sur d'autres sujets.

Pour commencer, je voudrais connaître le nom des deux personnes qui vous accompagnent. Vous l'avez peut-être dit, mais je n'ai pas saisi.

Mme Connors: C'est ma faute.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je vous en prie.

Mme Connors: D'abord à ma droite, Jane Murray, qui est vice-présidente et infirmière autorisée à l'Île du Prince-Édouard. À ma gauche, la représentante nationale pour la Saskatchewan, présidente du Syndicat des infirmiers et des infirmières de la Saskatchewan, June Blau.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup.

D'abord, mademoiselle Connors, vous devez savoir que pour ce qui est de l'élimination de la surfacturation et des frais modérateurs, telle qu'elle est préconisée dans le projet de loi en

[Text]

with respect to the elimination of those items. What we hear from many people coming before us, and what a number of us have concerns about, is that the Bill is very, very narrow in its scope, and you have reiterated that again tonight. It does not address some of the larger questions in health care reform. You have given us some proposals to think about, things which could be included or should, in your view, be included in insured services. There are certain steps that the federal government could take on its own and there are a good many things that it would have to work out in conjunction with provincial governments, because that is where the constitutional responsibility lies. And we are aware of that sort of thing.

I wonder if I could ask you: If you had a chance tonight to select one thing, where we should move first to reform the health care system, where would it be? Is there any specific item that you would like to see addressed, knowing that there is not unlimited—as you say in your brief—money for expenditures?

• 2135

Where would you advise us to move first, in the perspective of people who are so involved in the health care system?

Ms Connors: I believe our presentation addresses the issue that we continue to utilize the high-cost, high-tech services, and I guess the federation's position is that we have to move away from that. There are alternative methods of delivering quality care to the citizens in Canada. At a recent community forum I attended I heard a physician complain that he could not admit his patients because there were no beds; because the beds of an acute care facility were being taken by chronic care patients.

So I think we have to start addressing this issue initially. Our population is aging. We have to look at what sorts of services we are going to provide; because a hospital is not where the elderly of Canada need to be cared for. They can be cared for very comfortably in home situations with the assistance of home care nurses; with the assistance of visiting individuals who could go in, physiotherapists, whatever—the move to community-based clinics to move people out of these costly hospital beds to less expensive modes of care.

So I think that would be where the national federation would encourage the first activity. As working nurses, each one of us sitting here sees, with the cuts that have come in health care, that we have not been able to give the quality of care that we need to, and we feel frustrated by it. We would like to see the system change so that the acutely ill would have the number of nurses attending them that they need but the aging, the mother and child, would have the kind of support from the community that would enable them to cope with their lifestyles as well, and to maintain health.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You have mentioned in your brief nursing homes. You raise some questions about those, I think, in the sense of privately owned nursing homes. Can you tell me exactly what you categorize as privately owned nursing homes? I want to make sure I

[Translation]

sa forme actuelle, a été acceptée unanimement à la Chambre. Ce qui semble inquiéter beaucoup les témoins que nous avons entendus, et ce qui inquiète un certain nombre d'entre nous, c'est le fait que le projet de loi est très limité dans sa portée. Vous avez relevé vous-même ce fait ici ce soir. Il ne s'attaque pas à certains des plus grands problèmes de la réforme du réseau des soins de santé. Vous avez fait certaines propositions quant aux services qui devraient être inclus comme services assurés. Le gouvernement fédéral pourrait agir lui-même sur un certain nombre de plans, mais il lui faudrait travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux, à cause de considérations d'ordre constitutionnel. Nous savons très bien ce qu'il en est à cet égard.

S'il y a une chose que vous souhaiteriez voir d'abord, comme réforme du réseau de soins de santé, que serait-elle? Quelle est la mesure qui viendrait en premier compte tenu du fait, comme vous le dites dans votre mémoire, que les fonds ne sont pas illimités?

Selon vous, qui êtes si près du réseau de soins de santé, que devrions-nous faire en premier?

Mlle Connors: Notre mémoire part du fait que nous continuons d'avoir recours aux services les plus coûteux, les plus avancés, alors que nous devrions nous écarter de cette façon de procéder. Il y a d'autres façons de dispenser des soins médicaux de qualité aux citoyens du Canada. Lors d'un colloque local tenu récemment, j'ai entendu un médecin se plaindre du fait qu'il ne pouvait pas faire admettre ses patients à l'hôpital du fait que les lits pour malades aigus sont occupés par des malades chroniques.

Nous devons commencer par régler cette question. Notre population vieillit. Nous devons revoir la gamme des services que nous pouvons offrir. Il se trouve que les hôpitaux ne sont pas les meilleurs endroits pour prendre soin des personnes âgées au Canada. Elles peuvent être dans une situation très confortable chez elles avec l'aide d'infirmières à domicile, de personnes qui les visitent chez elles, de kinésithérapeutes et d'autres. Les cliniques locales également pourraient contribuer à faire en sorte que ces personnes laissent les lits d'hôpital coûteux pour aller dans les endroits moins coûteux.

Donc, pour la Fédération nationale, ce serait la première chose à faire. En tant qu'infirmières praticiennes, nous avons toutes vu des cas où les réductions de budget dans le domaine de la santé avaient eu pour effet de réduire la qualité des soins. Nous sommes constamment en butte à ce genre de choses. Nous voudrions que le réseau évolue de façon à ce que les malades aigus aient à leur côté un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers et que les personnes âgées, les mères et leurs enfants, aient l'appui nécessaire à l'échelon local, aient une bonne qualité de vie et une bonne santé.

Mlle MacDonald (Kingston et les îles): Vous parlez des maisons de repos dans votre mémoire. Vous vous interrogez au sujet des maisons de repos privées en particulier. Pouvez-vous me dire ce que vous entendez par maisons de repos privées? Je voudrais savoir si vous faites la distinction pour ce qui est des

[Texte]

understand the distinction between those homes that are run by, say, religious orders or nonprofit organizations—those are not the ones you are referring to, even though they are not state hospitals.

Ms Connors: Our concern is with those that are owned by corporations, where it is for profit: groups like *Extendi-care* . . . this sort of thing.

I must indicate here that we do not want to paint every group with one brush.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That I think is very important. I think it is important that that not be done. You mention *Extendicare*. I know there are various nursing homes that are well run and they are in the private sector. Can you give us some examples of the concerns that you have as people who work in these, so we could have some firsthand documentation of where corrective measures should be taken.

Ms Connors: I think because June Blau has fairly extensive experience in dealing with the operators of privately owned nursing homes I would choose for her to answer that question.

Ms June Blau (National Federation of Nurses' Unions, President, Saskatchewan Union of Nurses): In Saskatchewan . . . and I am not sure this does not happen across the country as well . . . we find that in privately owned, corporation-run nursing homes we have a lower ratio of nurses to patients than we have in the nonprofit-run nursing homes and the province-run nursing homes. The care levels are less. There are times when the ratio of patients to nurses goes below the legislative standards for the province. The morale in the institutions is rather bad. Our negotiations, conditions, are improving this year, but they have been desperate for the last few years.

• 2140

It is a situation where there is a great need for nursing home beds. I think if people who had families going into those homes had a choice between that situation and a church-run or a Province-run or another institution run by a non-profit organization, they probably would choose that. But because of the limited number of beds, they are being placed there and people are trying to do the best they can.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you. In another area, do any of you come from centres where there is a large population of people who have recently come to Canada?

Ms Connors: I think I can answer that question. I am from Thompson, Manitoba. We have very mixed ethnic groups living in our city . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I suppose in a sense, even though . . .

Ms Connors: —but not . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —I was thinking of the larger urban centres . . .

[Traduction]

maisons de repos qui sont dirigées par des ordres religieux ou des organismes bénévoles, par exemple. Je ne pense pas que ce soit de ces maisons-là que vous vouliez parler, même si elles ne sont pas des établissements publics.

Mlle Connors: Nous voulons parler des maisons tenues par des sociétés à but lucratif comme *Extendi-care* et d'autres.

Mais nous ne voulons pas mettre tout le monde dans le même panier.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): En effet, c'est très important. Vous parlez d'*Extendi-care*. Je sais qu'il y a des maisons de repos appartenant au secteur privé qui sont bien tenues. Pouvez-vous nous donner des exemples de ce qui se passe dans certaines de ces maisons, vous qui êtes appelées à y travailler très souvent, de façon à ce que nous puissions prendre les mesures qui s'imposent?

Mlle Connors: C'est June Blau qui a le plus d'expérience pour ce qui est des rapports avec les exploitants de maisons de repos privées. Je vais faire appel à elle pour répondre à votre question.

Mlle June Blau (Fédération nationale des syndicats d'infirmiers et d'infirmières, présidente, Syndicat des infirmiers et infirmières de la Saskatchewan): En Saskatchewan, je suppose que c'est la même chose ailleurs au pays, les maisons de repos privées, celles qui appartiennent à des sociétés, ont un rapport infirmier-infirmière-patients plus bas que les maisons de repos à but non lucratif et les maisons de repos dirigées par la province. Le niveau des soins est moins élevé. Il y a des cas où le rapport infirmier-infirmière-patients est plus bas que ce qui est prévu dans la loi provinciale. Le moral dans ces institutions est très bas. Nos conditions de travail s'améliorent cette année, mais elles ont été très difficiles auparavant.

Il existe un grand besoin de lits dans les maisons de repos. Si les gens dont les parents devaient entrer en maison de repos pouvaient choisir entre une maison privée et un établissement géré par une église ou la province ou administré par un organisme sans but lucratif, ils choisiraient probablement ce dernier. Mais étant donné que le nombre de lits est limité, c'est là qu'ils sont placés et chacun essaie de faire de son mieux.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci. Dans un autre domaine, certains d'entre vous viennent-ils de centres où se trouvent beaucoup de personnes récemment venues au Canada?

Mme Connors: Je pense pouvoir répondre à cette question. Je suis de Thompson, au Manitoba. Des groupes d'ethnies très diverses vivent dans notre ville . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Dans un certain sens, même si . . .

Mme Connors: . . . mais pas . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . je pensais aux plus grands centres urbains . . .

[Text]

Ms Connors: —Toronto or Montreal . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —because there is a concern that I hear expressed certainly by some of the nurses, and I wonder if you have come across it, that there are many people in this country who have recently come here, who simply do not know the way through the bureaucracy of institutions and who really are not getting any kind of preventive health care. They simply do not know how to go about availing themselves of the care available under the system at the present time.

Have any of you run across that?

Ms Jane Murray (Vice-President, National Federation of Nurses' Unions): I have not come across that in a large city, but I do not think one needs to be an immigrant to go without preventive health care. I think . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): No. I am aware of that, and I am aware there can be individuals and even . . . But what concerns me is that I think there are probably emerging large sectors of our population that will accelerate the difficulties in the future, even more than individuals not thinking of preventive health care.

Ms Murray: I see the elderly as the largest group who are going to be filling the hospitals, needing sick care because they have not had preventive health care, because they have not had health education. Every day, in my work, I see patients who have had no health education at all in their lives, ever, and it is painfully obvious when they come into hospital in very poor, debilitated states. These states of illness could easily have been prevented if they had perhaps had a long-lasting relationship with a public health nurse in the community, if someone had been able to visit them, help them, teach them and to assess them and pick up a potential problem before that problem actually evolved into a severe sickness.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): All right. Could you take it a step back from that even? What about a much higher level of public health education in the schools?

Ms Murray: I would like to see that. I would like to see a salaried public health nurse in every elementary school and every high school in the country, on staff, teaching the children from age five and six up. That is where preventive health care should start. A public health nurse perhaps might get into a high school in Prince Edward Island one half day a week, and that would be good going. And that is our teenage population being kept ignorant of health matters.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much, Mr. Chairman. Thank you.

The Vice-Chairman: Thank you, Miss MacDonald. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I am glad that we are able to have the National Federation of Nurses' Unions before the committee and I second the hope that we will see them again before our committee.

[Translation]

Mme Connors: . . . Toronto, Montréal . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . car certaines des infirmières ont dit que malheureusement—et je me demande si vous avez entendu parler de cela—beaucoup de nouveaux venus se perdent dans les complications administratives des institutions de sorte qu'ils ne reçoivent en fait aucun soin préventif. Ils ne savent pas comment profiter des soins qu'offre actuellement le régime.

Avez-vous entendu parler de cela?

Mme Jane Murray (vice-présidente, Fédération nationale des syndicats d'infirmiers et d'infirmières): Je n'ai pas entendu parler de ce problème dans les grandes villes, mais je ne pense pas qu'il faille être immigrant pour ne pas bénéficier de médecine préventive. Je pense . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Non, je le sais bien, et je sais que certaines personnes et même . . . Mais ce qui me préoccupe, c'est qu'il semble que de grands secteurs de notre population vont accélérer les difficultés à l'avenir davantage même que le fait que certains individus ne pensent pas à la médecine préventive.

Mme Murray: Je prévois que les gens âgés seront le plus grand groupe à remplir les hôpitaux, à exiger des soins parce qu'ils n'ont pas bénéficié de soins préventifs, qu'ils n'ont pas reçu d'éducation à cet égard. Dans mon travail, je vois chaque jour des patients à qui on n'a jamais parlé de prévention, ce qui se manifeste de façon évidente par l'état de délabrement dans lequel ils se trouvent en arrivant à l'hôpital. Leur maladie aurait facilement pu être évitée s'ils avaient peut-être entretenu de longues relations avec une assistante sociale dans leur collectivité, si quelqu'un avait pu venir leur rendre visite pour les aider, leur donner des explications, évaluer leur santé et s'occuper d'un problème éventuel avant qu'il ne dégénère en maladie grave.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Très bien. Pouvez-vous faire un pas en arrière? Faudrait-il enseigner davantage l'hygiène dans les écoles?

Mme Murray: J'aimerais bien que cela se fasse. J'aimerais que dans chaque école élémentaire et secondaire du pays, une infirmière de l'hygiène publique fasse partie du personnel pour enseigner aux enfants, depuis l'âge de 5 à 6 ans. C'est là que devrait commencer la médecine préventive. On se félicite d'avoir une infirmière de l'hygiène publique une demi-journée par semaine dans une école secondaire de l'Île-du-Prince-Édouard. C'est ainsi que nos adolescents sont tenus dans l'ignorance des questions d'hygiène.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président. Merci.

Le vice-président: Merci, mademoiselle MacDonald. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je suis heureux que le Comité ait pu entendre la Fédération nationale des syndicats d'infirmiers et d'infirmières et j'espère aussi qu'elle comparaitra à nouveau devant nous.

[Texte]

In one way I hope they will not have occasion to come before this committee and address those concerns again, because they will have been addressed in some other forum and will not continue to be a cause for concern.

• 2145

I hope also that by that time you have had some success in persuading the four remaining provinces to join your federation so the next time you come you can speak on behalf of unionized nurses in all 10 provinces.

The thing I wanted to emphasize was the whole question of public administration because you are one of the few groups that has really called that to the attention of the committee. It is a concern I had, not so much out of the running of nursing homes for profit, although that is a long-standing concern, but that sort of became focused for me when we saw the spread of that concept of health care in Ontario and Alberta. Now, these are two of the provinces, if I understand correctly, from which you do not have representatives, but you may be in contact with them. I am talking, of course, about the contracting-out of hospitals—one in Hawkesbury and, I understand, others and that this is impending if it is not already the case in Alberta—to American Medical Incorporated, an American multinational which runs hospitals for a percentage of whatever profit they can generate over and above a certain surplus, which automatically is returned to the hospital, etc. Anyway, you have hospitals being run for a profit.

I was just wondering if you had any reports from your colleagues, even though they are not members of your organization, about the effects of that so far, although it may be too early in the game really to say. As far as I am concerned, although this does not seem legally to violate the principle of non-profit administration... because all the Act says now and all the Canada Health Act says is that the provincial plan must be run on a non-profit basis so you can have those centres within the larger health care plan that are run for profit. Obviously, we have thousands of those little centres—they are called doctors—but they are different in the sense that doctors cannot make money by cutting services. Doctors make money by generating services and by presumably providing more care, although you might say that if it could be proved that they were seeing patients for shorter periods than they ought to in order to see another patient for a shorter period than they ought to that might constitute a cutback in service.

It seems to me that even though there has always been an element of profit in the health care system, particularly as it pertains to doctors, but understandably so because nobody expects them to do it for nothing, this introduces a whole new element into the health care system which is comparable to that which many of us deplore in the nursing home sector where you see shortcuts being taken with nutrition and with cleanliness and with staffing, etc.

It is a concern for me, and all the good news that apparently came out of Hawkesbury Hospital in the first year is no comfort to me because it only seems to make sense that in the

[Traduction]

D'une certaine façon, j'espère qu'elle n'aura pas l'occasion de comparaître devant le Comité pour se pencher à nouveau sur ces questions car elles cesseront de nous préoccuper, d'autres tribunes se chargeant de les examiner.

J'espère aussi que d'ici là vous aurez réussi à persuader les quatre autres provinces de se joindre à votre fédération afin que la prochaine fois que vous venez, vous pouvez parler au nom des infirmières syndiquées dans toutes les 10 provinces.

Je voulais insister sur toute la question de la gestion publique que vous êtes justement l'un des rares groupes à avoir portée à notre attention. J'avais une telle préoccupation, non pas tant au sujet de l'exploitation commerciale des maisons de repos encore que ce soit là une préoccupation qui date depuis longtemps—mais elle m'est apparue encore plus grave lorsque nous avons que ce principe s'est répandu en Ontario et en Alberta. Sauf erreur, vous n'avez pas de représentants dans ces deux provinces, encore que vous puissiez être en contact avec elles. Je parle bien sûr de la politique d'impartition de certains hôpitaux—dont un à Hawkesbury et d'autres encore et cela se fera sous peu, sinon déjà, en Alberta—qui charge l'*American Medical Incorporated*, multinationale américaine, de gérer des hôpitaux moyennant un pourcentage des bénéfices qu'ils peuvent faire au-dessus d'un certain excédent qui revient automatiquement à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, les hôpitaux de ce genre sont exploités à titre d'entreprises commerciales.

Je voulais savoir si vos collègues, bien qu'ils ne soient pas membres de votre association, vous ont parlé des répercussions de ce problème, encore qu'il puisse être trop tôt pour en parler déjà. Pour ma part, bien que ce principe ne semble pas légalement enfreindre celui de l'administration sans but lucratif... car tout ce que la loi prévoit actuellement de même que tout ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé, c'est que le régime provincial doit être géré sur une base non lucrative afin que de tels centres puissent être exploités commercialement au sein du système de soins de santé. De toute évidence, il existe des milliers de petits centres de ce genre—il s'agit des médecins—mais ils sont différents car les médecins ne peuvent pas faire d'argent en réduisant leurs services. Les médecins gagnent de l'argent en créant des services et en offrant peut-être davantage de soins, encore que vous puissiez dire que si l'on pouvait prouver qu'ils examinaient leurs patients pendant moins de temps pour pouvoir en examiner d'autres etc., cela pourrait constituer une réduction des services.

Il me semble que même s'il y a toujours eu un élément de profits dans le système des soins médicaux, en particulier en ce qui concerne les médecins—ce qui se comprend car personne ne s'attend à ce qu'ils travaillent pour rien—cela introduit un nouvel élément dans le régime de la santé comparable à celui que beaucoup d'entre nous déplorent dans le secteur des maisons de repos, où l'on voit que les réductions portent sur la nutrition, l'hygiène, la dotation en personnel, etc.

Cela est préoccupant, et toutes les bonnes nouvelles qui semblent émaner de l'hôpital de Hawkesbury après un an ne sont pas là pour améliorer les choses, car il me paraît logique

[Text]

first year or so of these contracts these outfits would go out of their way to do a really good job. It is a bit of a loss-leader. You are trying to get more contracts so you do a good job until you are locked into a whole bunch of other contracts and then you really show who you are.

Have you had any feedback on that?

Ms Blau: We have not had anything directly that I am aware of from here. In the United States I understand the experience has been that it is not an inelastic system and as soon as you go into that type of system either your costs go up or your care goes down, one or the other. It is almost as simple as that.

I have difficulty understanding how our own Saskatchewan, Manitoba, Quebec and so forth boys and girls running hospitals cannot do the same job as a corporation coming in with a profit motive. If an incentive was built into the system or if one was not built into the system, I have difficulty seeing how you can get the same kind of care and the same kind of service and take a profit out of the system as well.

• 2150

The doctor problem does not worry me, by the way, in terms of them being small profit corporations, because they spend—for the most part, except for holidays, like the rest of us—their money right here as well. But when you get into an American corporation, who knows where that profit goes; it is probably not remaining in Canada. So that is another facet of that.

Ms Connors: I think I can add, just speaking to the Hawkesbury experience, in talking to CUPE people there they said that the relationship over the first year of course was ideal. I think this is a trial hospital in the Province of Ontario. It has to be good, because who else is going to opt into the system if it is not a good experience? So they have assured the support staff workers that there will not be lay-offs, that it will occur through attrition, that there will be retraining provided.

But I too have to share June's concerns. When the profit motive comes to head with patient care, what is going to take precedence in a profit-making corporation? It has to be profit, not people. That is what is unacceptable to us.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I have just a short comment, Mr. Chairman. It seems to me, in thinking about it, that the only way in which these corporations might be able to generate a genuine saving is through their vertical integration—the fact that they may have relationships with other corporations or they may be in the business of selling health care products, equipment, etc. So the normal mark-up—what they rip off public hospitals for—they would not rip themselves off for. By doing that they might be able to show an improvement in terms of cost, but it would

[Translation]

qu'après un contrat d'un an, ces établissements devraient faire leur possible pour donner de bons résultats. C'est presque un article sacrifié. Pour essayer d'obtenir davantage de contrats, vous faites du bon travail jusqu'à ce que vous ayez énormément d'autres contrats et alors vous vous montrerez sous votre jour véritable.

Avez-vous eu des échos à ce sujet?

Mme Blau: Nous n'avons rien entendu directement, du moins à ma connaissance. D'après ce qui s'est passé aux États-Unis, on constate qu'aussitôt qu'on envisage un tel système, de deux choses l'une, soit les coûts augmentent soit la qualité des soins diminue. C'est presque aussi simple que cela.

J'ai du mal à comprendre pourquoi ceux qui gèrent nos hôpitaux en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec, etc. ne peuvent pas faire le même travail qu'une société qui aurait un but lucratif. Que les incitations soient inhérentes ou non au régime, j'ai du mal à voir comment on pourrait avoir la même qualité de soins et de services tout en retirant un bénéfice du régime.

On peut considérer que les médecins forment en quelque sorte de petites sociétés à but lucratif; cela ne me préoccupe pas car, pour la plus grande partie, sauf pendant les vacances, et comme la plupart d'entre nous, ils dépensent aussi leur argent ici. Mais lorsqu'il s'agit d'une société américaine qui sait où vont les profits, ils ne restent probablement pas au Canada. C'est un autre aspect de cette question.

Mme Connors: J'ajouterais à propos de l'expérience de Hawkesbury qu'en parlant avec des gens du S.C.F.P. ils m'ont dit que la première année les relations étaient, bien sûr, idéales. Je pense qu'il s'agit là d'un hôpital pilote pour l'Ontario. Le système doit fonctionner car autrement qui voudrait adhérer au régime? On a donc assuré au personnel de soutien qu'il n'y aurait pas de mises à pied, que la réduction des effectifs se ferait par elle-même et que le recyclage serait prévu.

Mais je dois partager les préoccupations de June. Lorsque la question des profits intervient dans le domaine des soins médicaux, qu'est-ce qui va l'emporter dans une société à but lucratif? Ce n'est pas les patients, mais les profits, et cela nous paraît inacceptable.

M. Blaikie: Monsieur le président.

Le vice-président: C'est votre dernière question, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je voudrais faire une brève remarque, monsieur le président. Il me semble, à y repenser, que la seule façon dont ces sociétés pourraient économiser vraiment serait d'adopter une intégration verticale—elles pourraient entretenir des relations avec d'autres sociétés ou elles pourraient vendre des produits de soins médicaux, de l'équipement etc. Par conséquent, la marge bénéficiaire qu'on leur fait actuellement payer, elles ne se l'appliqueraient pas à elles-mêmes et, ce faisant, elles pourraient améliorer les coûts, mais ce serait

[Texte]

be only because in the first place the public hospitals are being taken by their brother or sister corporations.

Ms Blau: That may make some savings. But when we are told that 80% of a hospital's budget is salaries, you have to wonder if that is not where the cost savings are going to come from for the most part. I get real worried about that.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

Just to bootleg on that question, I am not that impressed by the private administration that has been tried in Ontario. I am not necessarily that impressed by it. I think we should make a difference between private administration and private motive, because as long as the private administration accounts to a public body, which is not making decisions on the basis of profit, I think there is a difference to be made there. There could be local political reasons, for example, why the administration of a hospital publicly breaks up. I do not know.

You may want to bring somebody from outside, a private consultant from outside. I am not saying I would bring in somebody from the private...

Mr. Blaikie: Be careful.

Mr. Breau: I just want to make the difference between that—because I think it is important—and running the hospital with a profit motive, where you embark upon making decisions between space for beds or space for a store or space for an apartment or space for a shopping centre or a flower shop. I do not want to get into that kind of thing.

Secondly, I want to congratulate you for having come here. I thank you for your support for the proposed Act. Before I ask you a question, excuse my ignorance; I should know this, but we have had so many briefs it has been impossible to sharpen up on them before we come here. You say that you are a federation of nursing unions from six provinces, and those are professional nurses?

Ms Connors: I can clarify that.

Mr. Breau: While you are at it, would you explain to me, regarding those who are not in your federation, what are they a part of. How do you relate to the Canadian Nurses Association?

Ms Connors: Those are easy questions to answer. The member organizations are affiliates: the Saskatchewan Union of Nurses, the Manitoba Organization of Nurses' Associations, New Brunswick Nurses' Union, the Nova Scotia Nurses' Union, Prince Edward Island Provincial Collective Bargaining Committee, the Newfoundland Nurses' Union, and the nursing sector of the Professional Institute of the Public Service of Canada. Those are the provinces and nurses' groups we represent at present. The comment has been made that we are a federation not representing all groups, and that is true. We hope that soon we will be a federation of everyone, but I have

[Traduction]

seulement parce que les hôpitaux publics sont repris par leurs sociétés homologues.

Mme Blau: Cela pourrait donner quelques économies. Mais lorsqu'on nous dit que 90 p. 100 du budget d'un hôpital sont constitués par les salaires, il faut se demander si ce n'est pas là surtout qu'il faudrait envisager des économies. C'est ce qui me préoccupe vraiment.

Le vice-président: Merci, monsieur Blaikie.

Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Pour m'immiscer dans cette question, je ne suis pas favorablement impressionné par la gestion privée essayée en Ontario. Loin de là. Il faut établir une différence entre la gestion et les motifs privés car pour autant que la gestion privée doit rendre des comptes à un organisme public qui ne prend pas de décision fondée sur le profit, une différence s'impose. Par exemple, l'écèlement de la gestion d'un hôpital peut tenir à des raisons de politique locale. Je ne sais pas.

Vous souhaitez peut-être faire venir quelqu'un de l'extérieur, un expert-conseil. Je ne dis pas que je ferais venir quelqu'un du privé...

M. Blaikie: Faites attention.

M. Breau: Je tiens simplement à établir une différence entre cela—parce que c'est important—et la gestion d'un hôpital dans un but lucratif, quand il s'agit de décider s'il faut créer des lits d'hôpitaux ou trouver de l'espace pour un magasin, un appartement, un centre d'achat ou un magasin de fleurs. Je ne veux pas entrer dans ces détails.

En second lieu, je voudrais vous féliciter d'être venues ici. Je vous remercie de l'appui que vous avez montré au projet de loi. Avant de vous poser une question, je vous prie d'excuser mon ignorance. Je devrais le savoir, mais nous avons eu tant de mémoires qu'il a été impossible de les examiner en profondeur avant de venir ici. Vous dites que vous êtes une Fédération de syndicats d'infirmières, de professionnelles, de six provinces, n'est-ce pas?

Mme Connors: Je peux préciser cela.

M. Breau: Pourriez-vous me dire aussi à quel groupe sont associés ceux et celles qui ne font pas partie de votre Fédération. Comment vous situez-vous par rapport à l'Association des infirmières canadiennes?

Mme Connors: Il est facile de répondre à ces questions. Les organisations membres suivantes sont affiliées: la *Saskatchewan Union of Nurses*, la *Manitoba Organization of Nurses Associations*, la *New-Brunswick Nurses Union*, la *Nova Scotia Nurses Union*, le *Prince Édouard Island Provincial Collective Bargaining Committee*, la *Newfoundland Nurses' Union* et le groupe des infirmiers et infirmières de l'Institut professionnel du service public du Canada. Ce sont les groupes des provinces et des infirmières que nous représentons actuellement. On a dit que nous étions une Fédération ne représentant pas tous les groupes, et c'est vrai. Nous espérons très bientôt être une fédération regroupant tout le monde, mais

[Text]

always taken the position that Canada started out with only four provinces and we were pleased to start with as many . . .

• 2155

Mr. Breau: But it started in the Maritimes.

Ms Connors: A large portion of our membership are Maritimers too, Mr. Breau.

Regarding the other nurses who are unionized who are not affiliates, nurses are unionized in the British Columbia Nurses' Union, the United Nurses of Alberta; there are three unions in Quebec representing nurses—you will forgive me for not doing the French enunciation—one group based in Montreal, one group based in Quebec and another . . .

Mr. Breau: Do they have a national umbrella?

Ms Connors: They do not have a national body. The difference between the National Federation of Nurses' Unions, and the Canadian Nurses' Association: The National Federation of Nurses' Unions is a federation of nurses' unions, of unionized nurses, nurses who have collective bargaining rights in the provinces or in the federal public sector. The Canadian Nurses' Association is representative of management nurses, of educators, of general duty nurses. We, as working registered nurses, are members of the Canadian Nurses' Association. Some members of the Canadian Nurses' Association, by virtue of their being out of the scope of collective bargaining, cannot be members of our federation.

Mr. Breau: Thank you.

We hear some people say that the system is underfunded. We have heard people say the system was overfunded. We have heard people say that there was a misallocation of resources. In some cases there is overcapitalization. There are problems of people who should be in chronic care institutions or in acute care beds, that sort of thing. What would you say on that? I do not expect you to have a definitive answer, because it is a very controversial question and difficult to measure and, as someone said earlier I believe—how did he say it?—it is an imponderable mess. How did he say it, Flora?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Do not ask me to speak for the CLC.

Mr. Breau: I thought you could at least understand what you were telling me. In any event, do you see a misallocation of resources? Do you see that in your everyday work? To what extent do you feel that resources are not being wisely spent in the system? Do you think the system is underfunded, overfunded, or is it adequate?

Ms Connors: That is a loaded question, but I think the . . .

[Translation]

j'ai toujours dit que le Canada a commencé avec quatre provinces seulement et nous avons commencé avec autant . . .

M. Breau: La Fédération a toutefois commencé dans les Maritimes.

Mme Connors: Une bonne partie de nos membres viennent des Maritimes également, monsieur Breau.

Pour ce qui est des autres infirmières syndiquées qui ne sont pas affiliées, les infirmières sont syndiquées de la *British Columbia Nurses Union*, la *United Nurses of Alberta*; il y a au Québec trois syndicats qui représentent les infirmières—vous me pardonnerez de ne pas essayer de les nommer en français—un groupe se trouve à Montréal, l'autre à Québec et un autre . . .

M. Breau: Est-ce qu'elles ne sont pas regroupées sur le plan national?

Mme Connors: Il n'y a pas d'organisme national. Il existe une différence entre la Fédération nationale des infirmières et l'Association des infirmières canadiennes: la Fédération nationale des infirmières est une fédération de syndicats d'infirmières, d'infirmières syndiquées, d'infirmières qui ont le droit de négociations collectives dans les provinces ou dans le secteur public fédéral. L'Association des infirmières canadiennes représente les infirmières de direction, les éducateurs, les infirmières de service général. Nous, en tant qu'infirmières licenciées, faisons partie de l'Association des infirmières canadiennes. Certains membres de cette association, étant donné qu'ils participent à la négociation collective ne font pas partie de notre Fédération.

M. Breau: Je vous remercie.

Certaines personnes disent que le système est insuffisamment financé. D'autres prétendent que le système est trop financé. D'autres encore prétendent qu'il y a une mauvaise répartition des ressources. Dans certains cas, il y a une capitalisation excessive. Il y a aussi le problème des personnes qui devraient être dans des institutions pour malades chroniques et qui occupent des lits réservés aux soins actifs, ce genre de choses. Que répondez-vous à cela? Je ne pense pas que vous ayez une réponse décisive, étant donné que la question est très controversée et très difficile à évaluer. Comme quelqu'un l'a dit plus tôt, je crois—comment l'a-t-il dit?—il s'agit d'un gâchis impondérable. Comment a-t-il dit cela, Flora?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ne me demandez pas de parler au nom de la CTC!

M. Breau: Je pensais que vous pourriez au moins comprendre ce que vous me disiez. De toute façon, croyez-vous qu'il y ait une mauvaise répartition des ressources? Est-ce que vous le voyez dans votre travail de tous les jours? Dans quelle mesure croyez-vous que les ressources ne sont pas dépensées sagement au sein du système? Croyez-vous que le système soit insuffisamment, excessivement ou adéquatement financé?

Mme Connors: C'est une question piège, mais je crois que . . .

[Texte]

Mr. Breau: You do not seem worried about loaded questions.

Ms Connors: No. We have to deal with a lot of stress and strain in providing quality care, so questions like this, I think, are fairly . . .

Mr. Epp: She is going to rub you out, Herb, so watch out.

Ms Connors: The issue of allocation is of sincere concern. We see our acute care hospital beds taken up by patients who have been there for a year, two years. Where can we put them so that we can put the person who is suffering a mild myocardial infarct in the intensive care unit so that they can get the high-tech care they require, instead of being put on a medical ward until something happens to them?

Ms Blau: With fingers crossed.

Ms Connors: With fingers crossed—but, my God, we do not have a monitor to do it! I am not saying pour some more money into the system. That is not going to solve the problem. I think we have to look at the issue of the reallocation of moneys. The early discharge of mothers and babies could be achieved and a considerable saving could be achieved if there were more public health nurses in the system who could provide follow-up in the home, because who is better equipped . . .

Mr. Breau: Or prenatal information.

Ms Connors: —any type of thing—who can better provide assistance in bonding with your new-born and assistance in feeding, these mothering techniques, than the nurse, and that would free up more beds for the patients who need them. Until the dollars are reallocated for public health nurses and home care nurses that cannot happen. The patients are going to stay in the hospital beds, they are going to be a high cost.

Mr. Breau: Do you feel that this . . .

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Breau.

Mr. Breau: —misallocation of resources is widespread across the country? Is it concentrated in certain areas only, or is it all over the place?

• 2200

Ms Murray: I think it is common across the country. It is misuse of resources, too, because of the lack of a nurse in the community. The emergency departments of all hospitals are overloaded. They are used outside of office hours because there are no community health clinics open with a nurse practitioner, with a physician available, in the evening time.

Physicians keep patients in hospital too long. They are manipulated by the patients. I see it every day on a busy surgical ward where I work. They stay in the hospital five, six,

[Traduction]

M. Breau: Les questions pièges ne semblent pas vous inquiéter.

Mme Connors: Non. Nous devons subir beaucoup de stress et de pression lorsqu'il s'agit d'offrir des soins de qualité, par conséquent des questions comme celles-ci me semblent assez . . .

M. Epp: Attention, Herb, elle va vous avoir.

Mme Connors: La question de la répartition est certainement préoccupante. Nous voyons nos lits d'hôpitaux des soins actifs occupés par des malades qui sont là depuis un an, deux ans. Où pouvons-nous les placer afin que nous puissions mettre la personne qui a subi un léger infarctus du myocarde dans l'unité des soins intensifs, afin qu'elle puisse obtenir les soins technologiques les meilleurs, au lieu de la loger dans la salle de médecine générale jusqu'à ce que quelque chose se produise?

Mme Blau: En faisant une petite prière.

Mme Connors: C'est cela—mais, mon Dieu, nous n'avons même pas de moniteur. Je ne dis pas qu'il faut apporter plus d'argent au système. Cela ne va pas résoudre le problème. Je pense qu'il faut songer à une nouvelle répartition de l'argent. On pourrait par exemple libérer plus tôt les mères et leurs bébés et, de cette façon, économiser beaucoup d'argent s'il y avait davantage d'infirmières d'hygiène publique dans le système qui pourraient les suivre à la maison, car qui est mieux équipé . . .

M. Breau: Ou fournir de l'information prénatale.

Mme Connors: Ou de quelque genre que ce soit. Qui peut mieux fournir une aide pour créer un lien avec le nouveau-né, aider à l'heure du biberon, les mettre au courant des techniques de soins de bébé, que l'infirmière? De cette façon, on libérerait davantage de lits pour les malades qui en ont besoin. Jusqu'à ce que les fonds soient attribués de nouveau pour les infirmières d'hygiène publique et pour les soins donnés à la maison, cela ne peut se produire. Les malades vont rester à l'hôpital, et cela coûtera très cher.

M. Breau: Croyez-vous que cette . . .

Le vice-président: Ce sera votre dernière question, monsieur Breau.

M. Breau: . . . cette mauvaise répartition des ressources est générale au pays? Est-ce qu'elle est plutôt concentrée dans certaines régions, ou est-ce que cela se produit un peu partout?

Mme Murray: Je crois que c'est généralisé. Il s'agit d'une mauvaise utilisation des ressources également, parce que la collectivité manque d'infirmières. Les salles d'urgence de tous les hôpitaux sont surchargées. Elles servent en dehors des heures de bureau parce qu'il n'y a pas de clinique de santé communautaire d'ouvertes où on pourrait trouver le soir un médecin ou un assistant médical.

Les médecins gardent les malades dans les hôpitaux trop longtemps. Les malades «manipulent» les médecins. Je le vois tous les jours dans la salle de chirurgie très occupée où je travaille. Les malades restent à l'hôpital, 5, 6, 7 jours après

[Text]

seven days for a haemorrhoidectomy. Why? They just want to be there, and they are allowed to be there.

Mr. Breau: And you think this is pretty widespread.

Ms Murray: It is common.

Mr. Breau: Do you see the problem being a lack of planning or budgeting at the local management level? Or is it the provincial governments that do not give them the resources to shift that?

Ms Murray: The provincial government is removing resources. They are removing the public health nursing services. They are removing the home care. They are taking away free prenatal teaching. They are taking away dental care for teenagers. They are taking away defensive driving education, and we see the lack of defensive driving education in the hospital beds, when young men come in from motor vehicle accidents with head injuries. It is plain, and as simple as that.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Breau.

Mr. Epp, a couple of short questions.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Have you been able to calculate that if more home care is provided, where people can be discharged at an earlier date . . . How do you handle the communities, for example, who will argue that if this is done and they free up beds—especially in the rural areas, where they do not necessarily have waiting lists. How do you handle that whole difficult question of reallocating the system from acute care to community-based care and so forth? Can you give us any evidence, any experience where, say, this has been done and where even hospital beds have been closed with acute care and other facilities opened up?

Ms Connors: I think our counterpart, the Canadian Nurses' Association—nurse researchers in this country have documented time and time again the cost effectiveness of . . .

Mr. Epp: Excuse me, I am not talking about cost effectiveness. I have no question about the cost effectiveness. Let us take community X, which has a 40-bed hospital—let us just use that for discussion purposes—and the nurses of the area say, give us three public health nurses and cut five beds.

Ms Blau: I can maybe address that from the Saskatchewan situation. We now have the province blanketed by home care districts and what is happening at the present time . . . I expect as the home care boards get more organized with nurses, physiotherapists, dietitians, and the whole team, that we may see an increase. Patients are moving out of the hospital sooner. Patients in base hospitals are going from the base hospitals, as soon as possible, to the home hospitals for a few days and then out into the community to be cared for by home care.

[Translation]

une opération pour les hémorroïdes. Pourquoi? Simplement parce qu'ils veulent rester à l'hôpital et qu'on leur permet de le faire.

M. Breau: Vous croyez que c'est assez généralisé.

Mme Murray: C'est commun.

M. Breau: Croyez-vous qu'il y ait des lacunes dans la planification au niveau de l'établissement du budget au niveau de la gestion locale? Ou est-ce que ce sont les gouvernements provinciaux qui ne leur accordent pas les ressources voulues pour changer cette situation?

Mme Murray: Le gouvernement provincial fait disparaître les ressources. Ils font disparaître les services d'hygiène publique. Ils font disparaître également les soins à la maison. Ils retirent l'enseignement prénatal gratuit. Ils retirent aussi les soins dentaires offerts aux adolescents. Ils retirent également l'enseignement de conduite préventive, et nous nous en rendons compte dans les hôpitaux parce que des jeunes gens nous arrivent avec des blessures à la tête après un accident de voiture. C'est aussi simple que cela.

Le vice-président: Merci, monsieur Breau.

Monsieur Epp, vous pouvez poser quelques courtes questions.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Avez-vous pu faire le calcul, s'il y avait davantage de soins à la maison, et si les gens recevaient leur congé plus tôt de l'hôpital . . . Comment pouvez-vous traiter avec les communautés, par exemple, qui prétendent que si cela est fait et si on libère des lits, surtout dans les régions rurales, où il n'y a pas nécessairement de liste d'attente. Comment pouvez-vous traiter de cette difficile question de réaffectation dans le système des soins actifs à des soins communautaires par exemple? Pouvez-vous nous donner des preuves, nous parler de votre expérience, nous dire ce qui a été fait, où par exemple des lits ont été enlevés de la section soins actifs pour les transférer à d'autres services?

Mme Connors: Je crois que notre homologue, l'Association des infirmières canadiennes, les infirmières recherchistes au pays ont présenté à de nombreuses reprises des documents sur la rentabilité de . . .

M. Epp: Excusez-moi, je ne parlais pas de rentabilité. Je ne doute pas de la rentabilité de la chose. Prenons par exemple la communauté «x», qui a un hôpital de 40 lits—simplement aux fins de la discussion—les infirmières de la région, disons, pourraient nous donner trois infirmières d'hygiène publique et faire disparaître cinq lits.

Mme Blau: Je peux vous répondre en parlant de ce qui s'est fait en Saskatchewan. La province est maintenant répartie en districts pour les soins à domicile, c'est ce qui se produit présentement . . . Je m'attends, lorsque les conseils de soins à domicile seront mieux organisés et qu'ils auront des infirmières ou des physiothérapeutes, des diététiciens, toute l'équipe, qu'il y aura une augmentation. Les malades quittent l'hôpital plus tôt. Ceux qui se trouvent dans les hôpitaux de base les quittent aussitôt que possible pour se rendre dans les hôpitaux domici-

[Texte]

What is happening in those smaller communities is some of those beds are being freed up for chronic care to try to take some of the load off the base hospitals where these people are building up. At the present time it is working slowly, but it seems to be working somewhat.

Mr. Epp: I have no difficulty with the cost effectiveness argument at all. My argument is that when you revamp the system, or even modify the system—maybe that is a better word. It is never neutral, and possibly the greatest reaction we have seen in communities is that governments are able to rationalize services but they cannot rationalize hospital beds. I am not arguing that they do not want to, I am not arguing that it is not cost effective, I am simply saying that when we address that question we have to address it in such a way—I know I am in a provincial area much more than a federal area, but the federal area obviously pays a fair bit of the bill.

• 2205

Ms Murray: We have no figures on that particular point. But I would see not closure of beds; I would see reclassification of beds into chronic bed, geriatric bed, convalescent bed, thereby freeing up the acute care bed, which is being desperately misused right across the country, from sheer and absolute necessity. A person is either in that acute care bed or in the ditch, literally.

Ms Connors: I think there too the issue of hospice care has not been addressed. Many families in Canada are willing to have the elderly live with them, but what about holiday time and things like that? They would like to have a place where Mom and Dad could go so that the family can have—those small, 40-bed hospitals that were created—and I have to say it—at politicians' whims to get the votes over the years in the provinces . . . —seven miles apart along Manitoba roads, there are a number of . . .

Mr. Epp: That is not true. In Manitoba you would be hard pressed to find that. Seven miles?

Ms Connors: Between Winkler and Morden, Manitoba.

Mr. Epp: By the way, it is a little further. My parents-in-law live there and it is eight and a half miles, if you really want to get technical.

Mr. Blaikie: She really picked the right one.

Mr. Epp: She really picked the right one; too bad I do not live there.

But I think you will generally find that in rural areas in Manitoba, the case you make is not that valid. And I think the Winkler—Morden configuration is also not the best one to use. The reason I give that is that in the prairie region communities of that size generally will not be that close together; that is not a prairie configuration that is normal, if you look right across the prairie region.

[Traduction]

liaires pendant quelques jours et ensuite ils retournent dans la collectivité pour recevoir des soins à domicile.

Dans les plus petites localités, certains lits sont libérés plus tôt pour les malades chroniques afin d'alléger un petit peu le fardeau des hôpitaux de base où les malades chroniques sont de plus en plus nombreux. Pour le moment, le changement se fait tout doucement, mais avec un certain succès.

M. Epp: Je comprends très bien l'argument rentabilité. Lorsque vous refaites le système, même si vous le modifiez, c'est peut-être un meilleur mot, la situation n'est jamais neutre, et la réaction la plus forte peut-être que nous ayons connue dans les communautés, c'est que le gouvernement peut rationaliser les services, mais il ne peut pas rationaliser les lits d'hôpitaux. Je ne dis pas qu'ils ne peuvent pas le faire, je ne dis pas que ce n'est pas rentable, je dis simplement que lorsqu'on étudie la question, il faut le faire de telle façon—je sais qu'il s'agit d'un domaine qui relève davantage du provincial que du fédéral, mais le fédéral doit évidemment payer une grosse partie de la facture.

Mme Murray: Nous n'avons pas de chiffres à ce sujet. Mais je ne voudrais pas qu'on supprime des lits, je voudrais qu'on remplace ces lits en lits chroniques, lits de gériatrie, lits de convalescence, ce qui libérerait des lits pour les soins actifs qui, à l'heure actuelle, sont terriblement mal utilisés dans tout le pays parce qu'on ne peut pas faire autrement. Il y a des gens qui, s'ils n'occupaient pas ces lits de soins actifs, seraient littéralement à la rue.

Mme Connors: Il y a aussi la question des soins en hospices dont on n'a pas parlé. Il y a beaucoup de familles au Canada qui voudraient bien garder leurs parents âgés à la maison, mais qui ont des problèmes au moment des vacances, et caetera. Ils voudraient avoir un endroit où envoyer leur mère et leur père pour que la famille puisse prendre des vacances. Ce sont justement ces petits hôpitaux de 40 lits qui ont été créés, il faut bien le reconnaître, au gré des hommes politiques qui cherchaient ainsi à obtenir des voix: sur les routes du Manitoba, vous en avez tous les sept milles . . .

M. Epp: Ce n'est pas vrai. Au Manitoba, vous auriez du mal à en trouver autant. Sept milles?

Mme Connors: Entre Winkler et Morden au Manitoba.

M. Epp: Soit dit en passant, l'écart est un peu plus grand. Mes beaux-parents vivent au Manitoba et je peux vous assurer, si vous voulez être précise, qu'il s'agit de huit milles et demi.

M. Blaikie: Elle ne s'est pas trompé.

M. Epp: Elle ne s'est pas trompé, dommage que je n'habite pas là-bas.

Mais en règle générale, dans les régions rurales du Manitoba, l'observation que vous faites n'est pas valide. Quant à l'exemple de Winkler et de Morden dont vous avez parlé, ce n'est pas le meilleur qu'on puisse trouver. Si je dis cela, c'est que les villes de cette taille ne sont en général pas si rapprochées dans les Prairies. Ça n'est pas une configuration normale pour la région des Prairies.

[Text]

I guess what I am really wanting to get from you is—you are the professionals and you have a vision. You base that on experience and you base that on what you feel would be better for the citizens of Canada. And I accept that.

Now, if that is the case, how best are you conveying that to government? When I hear government say it wants to change the system, I very seldom hear a health-care provider being positive about any change that government brings into the health-care system—very seldom. And I am not being critical. For example, let us say where you start rejigging the system, reallocating, modifying: generally the reaction is negative. I am saying I agree with you; how do we sell it?

Ms Connors: I think one of the problems has been a lack of co-operation among all the parties involved. There has been a lack of consultation between nurses and provincial governments in allocation of health care resources. It is extremely difficult to get your point to provincial Ministers of Health regarding allocation of resources and things like this. The co-operation between all parties in solving the issue—there has to be consultation. Government cannot make the decision and then consult people after.

Nurses are patient advocates. If they can see there is some move towards a change in the system, then you would have our support with the people of Canada in telling them that this can work, it is viable, it is reasonable, it is less expensive for you as a taxpayer; so let us give it a try. But there has to be co-operation, mutual trust, respect, input from people who are there. And this is one of the concerns of union nurses, always. We seem to be the last ones to know about the decision that is made; and this is the way it is going to be and obey and grieve.

Ms Blau: Another point too is that it seems to me that nurses maybe have only found that they can talk in the last five or ten years. We have not done the kinds of things that we are doing now and that we are planning to do in the future in working towards changes. That is why we are here. It is because we see from the bed-side that changes need to be made not 10 years down the line when the next reform of the proposed Canada Health Act comes along, but now. It has to be addressed.

• 2210

The Vice-Chairman: Thank you, Ms Blau.

Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Since you represent nurses' unions, I presume that the compensation and working conditions of your members have been arrived at by collective bargaining. Is that correct?

Ms Connors: That is true.

[Translation]

Ce que je veux dire, c'est que vous êtes des professionnels, vous voyez les choses d'un point de vue privilégié. Vous fondez ce point de vue sur votre expérience, sur ce qui vous semble préférable pour les citoyens du Canada. Je m'incline.

Dans ces conditions, que pouvez-vous faire pour expliquer cette situation au gouvernement? Lorsque j'entends le gouvernement dire qu'il veut changer le système, j'entends rarement un professionnel de la santé dire quelque chose de positif sur les changements apportés par le gouvernement, très rarement. Ce n'est pas une critique. Par exemple, supposons que vous réorganisiez le système, que vous apportiez des modifications: la plupart du temps, la réaction est négative. Personnellement, je suis d'accord avec vous, mais comment faire valoir ce point de vue?

Mme Connors: Un des problèmes, c'est le manque de coopération entre les parties en cause. Il n'y a pas suffisamment de consultations entre les infirmières et les gouvernements provinciaux pour la répartition des ressources de la santé. Il est très difficile de faire valoir une opinion auprès des ministres provinciaux de la santé lorsqu'il s'agit de la répartition des ressources, par exemple. Cette coopération entre toutes les parties est indispensable pour régler les problèmes. Le gouvernement ne peut pas prendre les décisions puis consulter les gens après coup.

Les infirmières sont les porte-parole des patients. Quand elles voient que le système est sur le point de changer, elles doivent pouvoir leur expliquer dans quelle mesure cela peut fonctionner, dans quelle mesure c'est viable, raisonnable, moins coûteux pour les contribuables, bref, dans quelle mesure cela vaut la peine d'être tenté. Mais la coopération, le respect et la confiance mutuelle entre tous les participants sont indispensables. Cela a toujours été une des préoccupations des syndicats d'infirmières. La plupart du temps, nous sommes les dernières averties d'une décision et il ne nous reste plus qu'à obéir et à nous désespérer.

Mme Blau: N'oublions pas non plus que c'est seulement depuis cinq ou dix ans que les infirmières se sont aperçues qu'elles pouvaient parler. Jadis, nous ne faisons pas ce que nous faisons aujourd'hui, ce que nous avons l'intention de faire à l'avenir pour promouvoir les changements. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui. Nous voyons que des changements sont nécessaires, immédiatement, et non pas dans dix ans, lorsque la prochaine révision de la Loi canadienne sur la santé sera faite. Nous sommes à côté des lits des patients et nous savons d'expérience que ces mesures sont nécessaires.

Le vice-président: Merci, madame Blau.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Puisque vous représentez les syndicats d'infirmières, j'imagine que la rémunération et les conditions de travail de vos membres ont été déterminées par négociations collectives, n'est-ce pas?

Mme Connors: C'est exact.

[Texte]

Mr. Allmand: Are there any situations in which your members have had settlements imposed on them at the present time?

Ms Connors: The members of the federal public service.

Mr. Allmand: Through the six and five. I expected that answer, but the point I am getting at is that several of the doctors' groups that have come before us have argued in favour of extra-billing because they say if they do not get it they will be unfairly compensated and with the unfair compensation will leave. For example, today we had the Quebec Medical Association telling us that last year 500 doctors left the province. For the year before they mentioned a number in the thousands. Later today we were told by the Minister from Quebec that, while it is true they have lost doctors to the United States and other parts of Canada, Ontario has also lost large numbers to the United States.

I conducted a task force about three years ago and I was told by nurses that they had very heavy losses not only to the United States and from the lower-paying parts of Canada to the richer-paying parts but also out of the profession altogether, that large numbers of nurses had left to go into all kinds of other things which were not as needed by society but where the pay and conditions were better—no night work, no weekend work, higher wages.

Is that is still the case? Are you losing both to the United States and out of the profession your trained personnel, people who were trained as registered nurses, who have degrees in nursing—public nursing, health nursing—because your working conditions and your compensation are not good enough?

Ms Connors: I think we have to answer that question with a little caution because the economic times have changed. Nurses are not getting out of nursing because we as women often are single-support mothers who have to work so we want to know that there is another job to go to.

There are still numbers of nurses leaving the more poorly paid provinces and moving to the richer ones. There have been cutbacks in the numbers of nurses employed in hospitals in public health so there is not as much mobility, because of the economic situation, as there was in the past. However, because of nurses' working conditions, some leave out of frustration with dealing with the system, trying to provide quality care to people on a day-to-day basis with all these problems inherent in the system and not being able to cope with it and saying: I can go and work as a clerk at Safeway and make as much money and not have nearly the hassle.

Ms Blau: We did a survey in Saskatchewan of our members this past year and discovered that at the age of 34 nurses are

[Traduction]

M. Allmand: Est-il arrivé qu'on impose des règlements à certains de vos membres récemment?

Mme Connors: Les membres de la Fonction publique fédérale.

M. Allmand: Le programme des 6 et 5 p. 100. Je m'attendais à cette réponse, mais ce que je veux dire, c'est qu'il y a plusieurs groupes de médecins qui ont comparu devant nous et qui ont défendu la surfacturation sous prétexte que, s'ils ne l'obtiennent pas, ils seront mal rémunérés et, s'ils sont mal rémunérés, ils partiront. Par exemple, cet après-midi l'Association médicale du Québec nous a dit que l'année dernière 500 médecins avaient quitté la province. Pour l'année précédente, ils ont parlé de plusieurs milliers de personnes. Aujourd'hui toujours, un peu plus tard, le ministre du Québec nous a dit qu'il est exact que des médecins sont partis aux États-Unis et dans d'autres régions du Canada, mais que l'Ontario également a vu beaucoup de médecins partir pour les États-Unis.

Il y a environ trois ans, j'ai eu l'occasion de présider un groupe de travail et à cette occasion les infirmières m'avaient dit qu'elles perdaient beaucoup de gens qui partaient non seulement aux États-Unis mais également qui quittaient les régions du Canada où ils étaient mal payés pour aller dans les régions plus riches. Elles disaient aussi qu'il y avait beaucoup d'infirmières qui quittaient la profession d'infirmière pour s'engager dans d'autres occupations, peut-être pas aussi utiles pour la société, mais mieux rémunérées et avec de meilleures conditions de travail: pas de travail de nuit, pas de travail les fins de semaine, des salaires plus élevés.

Est-ce que cela existe toujours? Est-ce que vous perdez des infirmières à destination des États-Unis et avez-vous également des gens qui quittent la profession, des gens qualifiés, des infirmières diplômées, infirmières publiques, infirmières spécialisées, bref des infirmières qui partent parce que les conditions de travail et la rémunération ne sont pas suffisantes?

Mme Connors: Il faut faire attention pour répondre à cette question parce que la situation économique a changé. Les infirmières ne quittent plus autant la profession parce que très souvent elles sont à la tête de famille monoparentale, elles sont forcées de travailler elles ne sont pas certaines de trouver un autre emploi.

Il y a encore des infirmières qui quittent les provinces où les infirmières sont mal payées pour aller dans les provinces les plus riches. Dans les hôpitaux et dans les services de santé publics il y a eu des compressions de personnel et aujourd'hui les infirmières n'ont plus autant de mobilité à cause de la situation économique. Toutefois, à cause des conditions de travail des infirmières, il y en a qui partent parce qu'elles sont trop désavantagées par le système, parce qu'elles essaient de donner des soins de qualité et que cela leur pose quotidiennement d'insurmontables problèmes; elles se découragent et se disent: Si j'étais caissière chez Safeway, je gagnerais autant d'argent et j'aurais beaucoup moins d'ennuis.

Mme Blau: Cette année nous avons fait un sondage en Saskatchewan parmi nos membres et nous nous sommes

[Text]

leaving the profession in large numbers. We have a very low number of nurses who are age 34 and on. We have not gone back to study exactly what is happening there, but our feeling is that while they are raising their children and before they can be creative enough to do something else and while the mortgage is being paid off they are staying in nursing and doing whatever they can. By the age of 34 they have paid off the house and they are burnt out as far as nursing is concerned so they go on to something else. We are worried about that because the nurse at 34 has a great battery of experience and is probably the best she will ever be. We are losing her from the profession, and we do not want that to happen.

Mr. Allmand: That indicates to me . . .

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Allmand.

Mr. Allmand: It seems that I always come in at the end and get cut off.

It seems to me, therefore, that if we are going to keep these highly trained people we have to do things to improve their working conditions and their compensation.

• 2215

I am trying to draw an analogy with the doctors, who seem to be very mobile. They say if they do not get what they want here, they will go to the United States; or if they cannot get it in New Brunswick, they will go to Alberta or some place. I am just trying to determine whether or not you feel that attitude exists as well with nurses and paramedics as much as it has been presented to us by doctors.

Ms Connors: I do not believe nurses cry about their conditions quite as loudly as some other health care professionals do.

Ms Blau: We bargain.

An Hon. Member: Very good.

Ms Connors: We collectively bargain and try to resolve the issues.

Mr. Breau: Do you live up to your image?

Ms Connors: Of course, to the letter.

Mr. Allmand: Have any of you ever gone on strike?

Ms Connors: Yes.

Mr. Allmand: Thank you.

The Vice-Chairman: Ms Connors, to you and your colleagues, our thanks for waiting and our congratulations for a job well done.

Ms Connors: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: The meeting is adjourned.

[Translation]

aperçus que beaucoup d'infirmières quittaient la profession à l'âge de 34 ans. En fait, il y a très peu d'infirmières de plus de 34 ans. Nous n'avons pas cherché à approfondir le phénomène, mais nous avons l'impression que les femmes pendant qu'elles élèvent leurs enfants, et avant d'avoir le temps de donner libre cours à leur créativité, pendant qu'elles sont encore en train de rembourser leur hypothèque, restent infirmières et se débrouillent du mieux qu'elles peuvent. Mais à l'âge de 34 ans, la maison est payée, elles se sentent usées dans leur profession et elles passent à autre chose. Cela nous inquiète parce qu'à 34 ans, une infirmière a une longue expérience, elle est probablement au maximum de sa compétence. Et c'est justement là que nous la perdons, c'est regrettable.

M. Allmand: J'ai l'impression . . .

Le vice-président: Monsieur Allmand, c'est votre dernière question.

M. Allmand: C'est toujours moi qui suis le dernier et on me coupe toujours la parole.

Dans ces conditions, si nous voulons conserver ces infirmières hautement qualifiées, nous devons faire quelque chose pour améliorer leurs conditions de travail et leur rémunération.

J'essaie de faire une analogie avec les médecins qui semblent très mobiles. Ils prétendent que si on ne leur donne pas ce qu'ils veulent, ils iront aux États-Unis. Ou alors, s'ils ne l'obtiennent pas au Nouveau-Brunswick, ils iront en Alberta ou ailleurs. Je me demande si ce genre d'attitude existe également parmi les infirmières et les paramédiques; c'est une attitude dont plusieurs médecins nous ont parlé.

Mme Connors: Je ne pense pas que les infirmières pleurnichent sur leurs conditions aussi fort que certains autres professionnels de la santé.

Mme Blau: Nous négocions.

Une voix: Très bien.

Mme Connors: Nous négocions collectivement et nous essayons de résoudre les problèmes.

M. Breau: Est-ce que vous êtes à la hauteur de votre réputation?

Mme Connors: Évidemment, à la lettre.

M. Allmand: Est-ce que certaines d'entre vous ont déjà fait grève?

Mme Connors: Oui.

M. Allmand: Merci.

Le vice-président: Madame Connors, nous vous remercions ainsi que vos collègues pour votre longue patience et nous vous félicitons pour un travail bien fait.

Mme Connors: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Association of Optometrists:

Mr. Gérard Lambert, Executive Director;
Dr. Roland Desgroseillers, President;
Dr. Emerson Woodruff, Professor;
Dr. Roy Brown, Past President.

From the Canadian Labour Congress:

Mr. Richard Mercier, Executive Vice-President;
Mr. Bob Baldwin, National Representative, Research and
Legislation;
Mr. Guy Adam, National Representative, Social and
Community Program.

From the National Federation of Nurses Unions:

Ms. Kathleen Connors, President;
Ms. Jane Murray, Vice-President;
Ms. June Blau, President, Saskatchewan Union of Nurses.

De l'Association canadienne des optométristes:

M. Gérard Lambert, directeur général;
D^r Roland Desgroseillers, président;
D^r Emerson Woodruff, professeur;
D^r Roy Brown, président antérieur.

Du Congrès du Travail du Canada:

M. Richard Mercier, vice-président administratif;
M. Bob Baldwin, représentant national, Recherche et
législation;
M. Guy Adam, représentant national, Programme social et
communautaire.

De la Fédération nationale des syndicats des infirmières et des infirmiers:

M^{me} Kathleen Connors, président;
M^{me} Jane Murray, vice-président;
M^{me} June Blau, président, «Saskatchewan Union of Nurses».

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 14

Wednesday, February 22, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 14

Le mercredi 22 février 1984

Président: M. David Weatherhead

Government
Publications

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

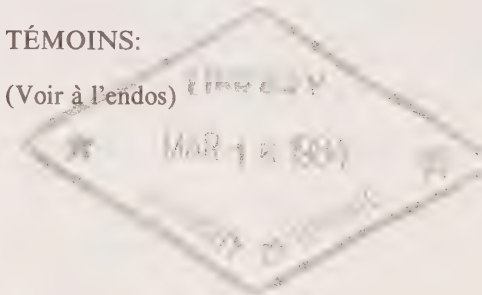
Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, FEBRUARY 22, 1984

(21)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:40 o'clock p.m. this day, the Vice-Chairman, Mr. McCauley, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens and Mr. McCauley.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance, Mrs. Mitchell and Mr. Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Messrs. Gass and Robinson (*Burnaby*).

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the government of Prince Edward Island: The Honourable Albert P. Fogarty, Minister of Health and Social Affairs. *From the Government of British Columbia:* The Honourable James Neilson, Minister of Health; and Mr. Chris Lovelace, Executive Director, Policy Planning and Legislation, Ministry of Health.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 6:08 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 22 FÉVRIER 1984

(21)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 40, sous la présidence de M. McCauley (*vice-président*).

Membres du Comité présents: MM. Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens et M. McCauley.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance, M^{me} Mitchell et M. Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: MM. Gass et Robinson (*Burnaby*).

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: Du gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard: L'honorable Albert P. Fogarty, ministre de la Santé et des Affaires sociales. *Du gouvernement de la Colombie-Britannique:* L'honorable James Neilson, ministre de la Santé; et M. Chris Lovelace, directeur exécutif, «*Policy Planning and Legislation*», ministère de la Santé.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 18 h 08, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Wednesday, February 22, 1984

• 1538

The Vice-Chairman: I see a quorum. We will begin.**Mr. Lachance:** On a point of order, Mr. Chairman.**The Vice-Chairman:** Mr. Lachance.**Mr. Lachance:** I do not know yet about the content, but may I say that this is the most visually refreshing brief we have had since we started our hearings.**The Vice-Chairman:** We should congratulate the Minister for combining his presentation with a little tourism promotion.

Our witness this afternoon is the Minister of Health and Social Affairs for Prince Edward Island, the Honourable Albert Fogarty. Mr. Minister, would you introduce your colleagues at the table with you, please?

Hon. Albert P. Fogarty (Minister of Health and Social Affairs, Prince Edward Island): Thank you very much, Mr. Chairman. With me is Mr. Keith Wornell, our Deputy Minister of Health and Social Services, and Mr. Brendan McGinn, Executive Director of both our Hospital and Health Services Commissions.**The Vice-Chairman:** Thank you. Proceed, Mr. Minister.

• 1540

Mr. Fogarty: Thank you very much, Mr. Chairman, Hon. Members, ladies and gentlemen. I want to say first of all that we appreciate your invitation to be here today, and over the next while, to present to members of this House of Commons committee some observations on the health care system within our province.

First of all, I would like to thank all of you here this afternoon who have favourably commented on the covers of our presentation. Perhaps, before we get into the substance of the paper I might suggest a couple of things about the cover. Perhaps the members of the House of Commons of Canada, at about this time, could use a symbolic spring break . . .

Some Hon. Members: Hear, hear!**Mr. Fogarty:** —with a flight into the beauty and solitude of Prince Edward Island. The second point about the covers that I would like to make is this. If you examine them carefully—those of you who, like myself, are politicians attuned to a sense of political symbolism—that small red building in the centre, I think, could probably be viewed rather accurately as the last Grit stronghold in a sea of Tory blue.**Some Hon. Members:** Hear, hear!

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mercredi 22 février 1984

Le vice-président: Il y a quorum. Nous allons commencer.**M. Lachance:** J'invoque le Règlement, monsieur le président.**Le vice-président:** Monsieur Lachance.**M. Lachance:** Je ne sais pas ce qui s'y trouve, mais permettez-moi de dire que voici le mémoire le plus beau que nous ayons reçu depuis le début.**Le vice-président:** Nous devons féliciter le ministre d'avoir assorti son exposé d'un peu de promotion touristique.

Notre témoin, cet après-midi, est le ministre de la Santé et des Affaires sociales de l'Île-du-Prince-Édouard, l'honorable Albert Fogarty. Monsieur le ministre, voulez-vous, s'il vous plaît, nous présenter les collègues qui vous accompagnent?

L'hon. Albert P. Fogarty (ministre de la Santé et des Affaires sociales, Île-du-Prince-Édouard): Merci beaucoup, monsieur le président. J'ai avec moi M. Keith Wornell, sous-ministre de la Santé et des Affaires sociales, et M. Brendan McGinn, directeur général de nos deux commissions, celle des hôpitaux et celle des services de santé.**Le vice-président:** Merci. Veuillez commencer, monsieur le ministre.**M. Fogarty:** Merci beaucoup, monsieur le président, honorables députés, mesdames et messieurs. Tout d'abord, je tiens à vous dire que nous vous remercions de votre invitation à comparaître aujourd'hui, afin de présenter aux membres du présent comité de la Chambre des communes quelques remarques sur le régime de soins de santé de notre province.

Tout d'abord, je tiens à remercier tous ceux qui ont fait des commentaires favorables sur la page couverture de notre mémoire. Avant de passer à la teneur de ce document, peut-être pourrais-je faire quelques remarques sur la page couverture. Les députés de la Chambre des communes du Canada devraient peut-être profiter de leur congé symbolique du printemps . . .

Des voix: Bravo, bravo!**M. Fogarty:** . . . pour venir goûter la beauté et la solitude de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a autre chose que je veux faire remarquer au sujet de la page couverture. Si vous l'examinez avec soin—ceux parmi vous qui, comme moi, sont des politiciens éveillés au symbolisme politique—ce petit bâtiment rouge, au centre, je crois, pourrait passer avec assez de justesse pour le dernier bastion libéral dans une mer conservatrice bleue.**Des voix:** Bravo, bravo!

[Texte]

Mr. Fogarty: Mr. Chairman, on a much more serious note, I do not plan to read the brief that we have distributed this afternoon, but I would like to highlight it. I do not plan to speak in detail. We have already, at the official's level, passed along to the federal Minister our specific concerns and suggestions for modifications of both the bill and the regulations.

So I would prefer to use this opportunity to discuss several general issues which are of primary importance to the people of my province. I think it might be a little bit surprising to some members of this committee; it would not be to the Honourable Monique Bégin, because we have been consistently rather supportive, in a philosophical sense, to a primary thrust of the Canada Health Act. So we have attempted consciously to take a moderate and co-operative approach, instead of becoming involved in what has been in my view altogether too much controversy and unnecessary argument. There are in fact things about the Canada Health Act we like very much, such as its aim of preventing or at least reducing some of this bickering in the future. We find that some of the definitions and the terminology will become more precise and clear. We see in the Bill and the regulations the creation of a more formalized process to determine fault in a more objective way, which should happen through federal-provincial consultations with ultimate responsibility to Parliament. We are attuned to its primary aim to eliminate extra-billing and user fees. Premier Jim Lee and his government has in principle held this all along, sharing with many other Canadians the belief that extra-billing and user fees are not very just, practical or effective.

• 1545

This afternoon I would like to comment on three general areas of reservations and concern. I hope in highlighting my presentation that members of this committee will find we are absolutely convinced and sensitive to the three primary reservations on which we are going to focus.

Health has been, is and will continue to be a provincial matter. We are concerned about the risks this Bill poses in terms of further intrusiveness of the federal government into provincial health. There could also be the potential of even more centralization of authority and decision making at the federal level, if we are not careful.

Secondly, we are very deeply disappointed that we Canadians might allow a tremendous opportunity to slip through our fingers unless this committee and this Parliament will also address through the Bill the distinct Atlantic-region needs. The persistent and most frustrating federal position has been that the Act be totally divorced from the funding issue.

[Traduction]

M. Fogarty: Monsieur le président, dans une veine plus sérieuse, je n'ai pas l'intention de lire le mémoire que nous vous avons distribué cet après-midi, mais j'aimerais en souligner quelques aspects. Je n'ai pas l'intention d'entrer dans les détails. Nous avons déjà, au niveau des fonctionnaires, fait transmettre au ministre fédéral nos préoccupations précises, ainsi que nos suggestions quant aux modifications à apporter et au projet de loi et au Règlement.

Je préfère donc me prévaloir de cette occasion pour discuter de plusieurs questions générales qui sont d'une importance fondamentale pour les citoyens de ma province. Certains membres du comité seront peut-être un peu surpris, je crois; par contre, l'honorable Monique Bégin ne le serait pas, car nous avons toujours, au sens philosophique, plutôt appuyé les objectifs fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé. C'est donc à dessein que nous avons essayé d'adopter une approche modérée et coopérative, plutôt que de participer à un débat, à mon avis, beaucoup trop controversé et inutile. En fait, certains aspects de la Loi canadienne sur la santé nous plaisent énormément; par exemple, son objectif visant à empêcher ou tout au moins à réduire un peu ce chahut à l'avenir. Nous estimons que certaines définitions et certaines expressions deviendront plus précises et plus claires. Nous retrouvons dans le projet de loi et ses règlements la création d'un processus plus officiel permettant de déterminer, d'une façon plus objective, qui est en faute, ce qui devrait se faire suite à des consultations fédérales-provinciales, la responsabilité ultime étant celle du Parlement. Nous sommes sensibles à son objectif premier, c'est-à-dire l'élimination de la surfacturation et des frais modérateurs. Le premier ministre Jim Lee et son gouvernement ont en principe toujours été de cet avis, partageant là l'opinion de nombreux autres Canadiens que la surfacturation et les frais modérateurs ne sont ni très justes, ni très pratiques, ni très efficaces.

Cet après-midi, j'aimerais vous parler de trois domaines généraux suscitant des réserves et des préoccupations. J'ose espérer qu'en accentuant certains aspects de mon exposé, les membres du présent Comité constateront que nous sommes absolument convaincus et que nous tenons énormément aux trois réserves principales que nous allons souligner.

La santé était, est et sera de compétence provinciale. Nous nous inquiétons face aux risques que présente le projet de loi d'une plus grande ingérence future du gouvernement fédéral dans le secteur provincial de la santé. En outre, si nous manquons de vigilance, il serait même possible qu'il y ait une plus grande centralisation des pouvoirs et de la prise de décisions au niveau fédéral.

Deuxièmement, nous sommes extrêmement déçus que nous, Canadiens, permettrons peut-être à une occasion inespérée de nous échapper, à moins que le présent Comité et le présent Parlement ne tiennent compte, grâce à ce projet de loi, des besoins distincts de la région de l'Atlantique. Le gouvernement fédéral a adopté comme position persistante et des plus frustrantes qu'il faut dissocier complètement la loi de la question du financement.

[Text]

Thirdly, we are disappointed at the restricted aim of the Canada Health Act; a failure to use this opportunity to broaden the concept of health beyond matters of availability and insured payment, but only for hospital and medical-treatment services.

So Mr. Chairman these are the three major areas of concern that I would like to comment on, in that order.

• 1550

Essentially to us, the proposed Canada Health Act consolidates and clarifies and it will add more visibility for the federal government. We really do not object to that. It makes the penalty power actually usable. But the Bill contains two or three levels of problem for us. First, within the existing Acts, there is a considerable degree of federal participation and involvement, despite the fact again that essentially we are dealing with a provincial jurisdictional area. Second, the proposed Canada Health Act, in its clarification of things, does enhance and can amplify that capacity for federal control somewhat.

Now, in our view, this Bill comes as one in what has become a long series of moves, what appears to be—to us at least—a conscious trend of Ottawa of stepping more and more directly into more and more activities within provinces. I am speaking of areas like tourism, agriculture, education, justice, employment, community development and so on. We do not hesitate for a second in recognizing Ottawa's contribution to our province; in fact, its willingness over the years and through various administrations to be involved with our provincial government and our people, particularly financially. We do not hesitate at all in saying again this afternoon that we do need this help.

But we have been disturbed on many occasions at the way the assistance or the involvement occurs, and we are concerned about the degree of directness, the by-passing of legitimate provincial channels that should be used, and used not only for protocol but used for the good, old-fashioned practical reason that the people closest to the scene are the people who know the situation best and can best respond.

So let us look specifically at this Bill and how, to us, it represents centralization and poses some risks of increased federal control. We find the Bill and its regulations are literally full of terms which are going to require subjective judgments; for example, reasonable compensation—what is reasonable?—adequate funding—what is adequate?—necessary services—what is necessary?—medically required services, appropriate recognition—what is appropriate and what is not?

I think all of those, of course, beg the question: Who should and who best can judge what is adequate, what is necessary and so on? Certainly, for the past number of years it was understood that such judgments are made by the provincial plan—in this case, the provincial health plan—and we have a

[Translation]

Troisièmement, nous sommes déçus des objectifs limités de la Loi canadienne sur la santé; le fait de ne pas saisir cette occasion pour élargir le concept de la santé au delà des questions d'admissibilité et de paiement garanti, mais de se limiter aux soins hospitaliers et aux services de soins médicaux.

Voilà donc, monsieur le président, les trois principaux sujets de préoccupation dont j'aimerais parler, dans l'ordre.

Essentiellement pour nous, la Loi canadienne sur la santé est en quelque sorte une codification, une clarification, et renforce le rôle du gouvernement fédéral. Nous ne nous y opposons pas à vrai dire. Le pouvoir d'imposer des sanctions deviendra en fait utilisable. Toutefois, le projet de loi contient deux ou trois niveaux de problèmes pour nous. Tout d'abord, dans les lois actuelles, on trouve un niveau considérable de participation fédérale, bien qu'il s'agisse encore une fois, essentiellement, d'un domaine de compétence provinciale. Deuxièmement, le projet de loi, en précisant certaines choses, renforce et pourrait accroître quelque peu le pouvoir de contrôle du fédéral.

Or, à notre point de vue, ce projet de loi représente une nouvelle mesure qui traduit—du moins pour nous—une tendance délibérée de la part d'Ottawa à intervenir de plus en plus directement dans un nombre croissant d'activités qui relèvent des provinces. Je parle de domaines comme le tourisme, l'agriculture, l'éducation, la justice, l'emploi, le développement communautaire, etc. C'est sans la moindre hésitation que nous reconnaissons la contribution d'Ottawa à notre province, en fait, son empressement, au fil des ans et à travers diverses administrations à coopérer avec notre gouvernement provincial et avec nos citoyens, surtout sur le plan financier. C'est sans la moindre hésitation que nous répétons encore cet après-midi, que nous avons besoin de cette aide.

Toutefois, à de nombreuses reprises, nous avons été contrariés par les modalités de cette aide ou de cette participation, et nous nous inquiétons du degré de court-circuitage, de la façon dont on passe outre à la filière provinciale légitime, par laquelle on devrait non seulement pour des raisons de protocole, mais pour la bonne et vieille raison pratique que ce sont ceux qui sont sur place qui connaissent mieux la situation et peuvent mieux y faire face.

Regardons de plus près ce projet de loi et voyons comment pour nous, il représente la centralisation et présente certains risques de contrôle fédéral accru. Nous constatons que le projet de loi et ses règlements sont littéralement truffés d'expressions qui appellent des jugements subjectifs; par exemple, la rémunération raisonnable—qu'est-ce qui est raisonnable?—le financement adéquat—qu'est-ce qui est adéquat?—les services nécessaires—qu'est-ce qui est nécessaire?—services nécessaires sur le plan médical, reconnaissance appropriée—qu'est-ce qui est approprié et qu'est-ce qui ne l'est pas?

On ne peut donc s'empêcher de demander: Qui doit juger et qui est le mieux placé pour juger de ce qui est adéquat, de ce qui est nécessaire, etc.? Il est certain que ces dernières années, de tels jugements relevaient du régime provincial—en l'occurrence, du régime provincial de santé—et à cette fin nous avons

[Texte]

semi-autonomous, mixed-membership, non-political commission, which on the advice of a medical adviser or an advisory committee, determines what is best for our province.

So, Mr. Chairman, we feel this Bill clearly gives the authority for ultimately making these kinds of subjective judgments to the Minister of National Health and Welfare. She would have the power to engage the punitive process when she has the "opinion" that the Province has not made things reasonable or adequate or appropriate and such. The Province, granted, is to be consulted, but that does not apply to the issues, of course, of extra-billing or user fees. Consultation can be waived, again on the strength of the Minister's own opinion.

• 1555

Second, it will be the federal Cabinet in isolation who will make the rules about what services are to be basic or not, and about what the Act's definitions really mean. There are no such safeguards as are contained in the Fiscal Arrangements and EPF Acts, a three-year warning period for changes, and in the HIDS Act, requiring provincial consent for changes in regulations. Perhaps the likelihood of Ottawa acting unilaterally may not be that great. Nevertheless, the fact is this law will make this exercise of power possible, and I would ask members of this committee to give that concern of ours high priority in your final deliberations.

So, Mr. Chairman, our recommendations, in terms of the potential jurisdictional intrusiveness, would be as follows: Clause 22 of the Bill, we hold that regulations should only be made after consultation, meaningful consultation with Provinces, which would ensure that feasibility exists, that reasonableness is holding, and that there be no essential change to the intent of the Act.

The Vice-Chairman: Mr. Minister, may I interrupt you briefly for one moment?

Mr. Fogarty: Yes sir.

The Vice-Chairman: I have some concern about time and I want to reserve some time for questions by the Members. We find the dialogue of questions and answers is very important, and I wonder if it is your intention to continue reading the entire brief or at some point to stop and summarize the contents after you reach a certain point?

Mr. Fogarty: I suspect, Mr. Chairman—and I did discuss it with committee staff before we started—that I will need another 10 to 15 minutes. They indicated to me that we had a total of an hour and a half, so I was making my plans on that assumption.

Mr. Lachance: On this point, Mr. Chairman. Of course, if the Minister wants to read it into the record, that is perfectly all right, but then we will have less time. If he prefers, his brief could be incorporated into the minutes of the committee, as read, and then we could proceed to questions. It is his choice.

[Traduction]

une commission semi-autonome, mixte et non politique, qui se fonde sur les recommandations d'un conseiller médical ou d'un comité consultatif, pour décider de ce qui convient à notre province.

Donc, monsieur le président, nous estimons que ce projet de loi accorde clairement l'ultime autorité de formuler de tels jugements subjectifs au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Le ministre serait en mesure de prendre des sanctions si elle «juge» que les mesures prises par la province ne sont pas raisonnables, judicieuses ou appropriées. La province, certes, doit être consultée, mais à l'exception des questions de frais modérateurs ou de surfacturation. On peut passer outre à la consultation, là encore selon le bon vouloir du ministre.

En deuxième lieu, ce sera au Cabinet fédéral de décider, à lui seul, quels sont les services qui sont essentiels ou non, et quelle est la signification réelle des définitions de la Loi. Il n'existe aucune garantie du genre de celles qui sont prévues dans les accords fiscaux et dans la Loi sur le financement des programmes établis, par exemple, un préavis de trois ans pour l'introduction de modifications et, dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation, où toute modification des règlements nécessite l'accord de la province. Peut-être n'est-il guère probable qu'Ottawa prenne une initiative unilatérale, mais il n'en reste pas moins que cette loi le lui permettra, et je demanderais aux membres de ce Comité de bien vouloir faire particulièrement attention, dans leurs délibérations finales, à cette question qui suscite chez nous de vives inquiétudes.

En ce qui concerne donc une possibilité d'ingérence, nos recommandations, monsieur le président, seraient les suivantes: Article 22 du projet de loi: Aucun règlement ne devrait être promulgué sans consultations préalables et effectives avec les provinces afin de s'assurer que les mesures proposées sont réalisables et justifiées, et que l'esprit de la Loi n'est pas changé.

Le vice-président: Monsieur le ministre, puis-je vous interrompre un instant?

M. Fogarty: Certainement, monsieur.

Le vice-président: Nous sommes pressés par le temps, et je voudrais donner la possibilité aux membres du Comité de vous poser des questions. En effet, l'échange de questions et de réponses nous paraît essentiel, et je voulais savoir si vous aviez l'intention de donner lecture du mémoire en entier ou si vous pourriez, en cours de route, en donner un résumé?

M. Fogarty: Je crains, monsieur le président, qu'il me faudra encore une dizaine ou une quinzaine de minutes. J'en avais discuté avant le début de la séance avec le personnel du Comité, et on m'avait assuré que nous disposerions d'une heure et demie, et j'ai donc organisé mon exposé en conséquence.

M. Lachance: C'est de cette question que je veux parler, monsieur le président. Bien entendu, si le ministre veut donner lecture de son mémoire pour le procès-verbal, il est tout à fait libre de le faire, mais cela réduira d'autant notre temps. Mais il peut également faire figurer son mémoire tel quel au procès-

[Text]

Mr. Fogarty: Okay.

The Vice-Chairman: Jake, do you want to get in on this, or . . . ?

Mr. Epp: No. If the Minister wants to use his time, that is his right.

The Vice-Chairman: That is fine with us.

Mr. Fogarty: Well, I think I indicated initially that we left the detail out. We have been operating at the officials' level. I am trying to zero in on three fundamental concerns we have, and I guess I want enough time with your committee, sir, if I could, to be sure we highlight that.

The Vice-Chairman: Fine. Carry on.

Mr. Fogarty: Okay. Perhaps I could then summarize, in terms of our concern, jurisdictionalwise. We hold that the Act and its regulations, in their final form, should absolutely respect the practice and the acceptance over the years that it will be the provincial government and the local people who will determine their priorities in so far as the services they will be able to provide their people and, of course, the priorities and that sort of thing. So I think I could then, Mr. Chairman, move on to the second item. Again, I understand that my colleagues from Atlantic Canada who have appeared have also highlighted this concern as well, our second concern.

• 1600

We have maintained, since this debate about medicare began many months back, that the essential crisis in medicare is one of underfunding. It is not one of accessibility or of any of the five founding principles, certainly not in our province because we do not have user fees, we do not have selective opting out and that sort of thing.

Atlantic Canada must, in our view, be addressed separately in so far as the underfunding situation is concerned. I can refer back to the Hall Report, I am sure that has been mentioned many times, and the Parliamentary task force on fiscal relations. We of course have been saying ourselves that the real crisis in the health care system within our province, and I believe within Atlantic Canada, is underfunding. It is due, I think, to pretty obvious factors and I refer to those in my submission here.

Back three or four years ago the provincial Ministers of Health put together what we felt was a very good paper and I, in my paper here, quote fairly extensively from it. They have, I think, statistically and historically developed a very sound argument that a regional approach in policy making in health as well as in other areas must be taken to our part of this country.

On page 8 of my brief I refer to some interesting statistics. They cannot be ignored. The per capita income in my province is but three-quarters of the national average. In fact, it is

[Translation]

verbal du Comité, et nous pourrions dans ce cas passer aux questions. C'est à lui d'en décider.

M. Fogarty: Très bien.

Le vice-président: Est-ce que vous voulez donc continuer là-dessus, Jake, ou bien . . . ?

M. Epp: Non. Le ministre peut utiliser comme il lui plaît le temps qui lui est dévolu.

Le vice-président: Nous sommes tout à fait d'accord.

M. Fogarty: Je crois avoir dit au début que nous ne nous en sommes tenus qu'à l'essentiel, aux échelons supérieurs de l'administration. J'essaie de cerner trois préoccupations majeures, et je voudrais, si possible, y consacrer suffisamment de temps avec votre Comité, monsieur, pour m'assurer que nos arguments ont été bien compris.

Le vice-président: Très bien. Prenez donc votre temps.

M. Fogarty: Très bien. Je pourrais donc peut-être résumer nos préoccupations en matière de compétence. Nous considérons que la loi et ses règlements, dans leur forme définitive, devraient strictement respecter l'usage bien établi au fil des ans, selon lequel c'est au gouvernement provincial et aux collectivités locales de déterminer leurs priorités en matière de services à assurer, de priorités à assigner et autres questions de ce genre. Ceci dit, monsieur le président, je crois pouvoir passer au deuxième point sur lequel mes collègues des provinces de l'Atlantique ont eux aussi longuement insisté.

Depuis que la question de l'assurance-maladie a commencé, il y a bien des mois, à faire l'objet d'un débat, nous soutenons que la crise est due, pour l'essentiel, à l'insuffisance des moyens. Ce qui est en cause, ce n'est pas l'accessibilité, ni aucun des cinq principes essentiels, pas dans notre province en tout cas, car nous n'avons pas de frais modérateurs ni de désaffiliation sélective ou autre chose du même ordre.

Les provinces de l'Atlantique constituent, à notre avis, un cas à part en ce qui concerne l'insuffisance du financement. Je puis vous renvoyer au rapport Hall, qui a dû être souvent mentionné, et au groupe d'étude parlementaire sur les relations fiscales. Nous avons nous-mêmes affirmé que la vraie crise du régime d'assurance-maladie dans notre province ainsi que, je pense, dans les provinces de l'Atlantique, c'est l'insuffisance des moyens qui a, je crois, des causes assez évidentes dont j'ai parlé dans le mémoire qui vous a été présenté.

Il y a trois ou quatre ans, les ministres de la Santé des provinces ont rédigé un document qui nous paraît excellent et, dans le mémoire que vous avez sous les yeux, j'en ai donné des citations abondantes. En s'appuyant sur des faits historiques et statistiques, ils ont fait valoir avec conviction la nécessité d'aborder sous un angle régional, dans notre région tout au moins, les problèmes relatifs à la santé ainsi d'ailleurs que d'autres questions.

Je fais mention, à la page 8 de mon mémoire, de certaines statistiques fort intéressantes, que l'on ne saurait ignorer. Dans ma province, le revenu par personne ne représente que les trois

[Texte]

closer to 70%. Besides that, our health costs over the past 20 years have consistently been the highest of any province in Canada when taken as a percentage of our gross domestic product. In 1980 alone our total health expenditures were over 13% of our GDP compared to the 10 province total of 7.3%, and I think that is a rather revealing statistic.

Now, what are the options? We indicate in our paper that there are not many options. We have over the last two or three years, within our province, avoided closing acute care beds, closing acute care hospitals. We have avoided any kind of a mass program cut or staff layoff, but we are not going to be able to survive or have the capability to even maintain the existing level of services in health care unless the underfunding problem is in fact addressed and addressed very, very soon.

We would look to approaches that would be unique. The approach taken by DREE on the economic sector could be appropriate, it certainly has done a lot for us. I guess our conclusion would be that my province—I think the entire Atlantic region has tried its very best to build its health systems up to the national standard. But, unfortunately, as of today the people of Prince Edward Island, at least, enjoy insured services at a level of about 80% of the national average or the national norm. In fact, a lot of private money from individual islanders finds its way into our health care system. It is folly to believe for a second that extra charges on health care will be eliminated, once and for all, with the proclamation of this Act.

• 1605

There are a number of services . . . I could mention optometry. We have no drugs programs for seniors. It is a long litany or catalogue of programs and services that are not readily available to our people as insured services.

That, Mr. Chairman, would be our second major concern. We are asking this committee and this Parliament to strike some pretty new ground in trying to bring a regional, in this case an Atlantic, perspective to our health care system.

The third area we are highlighting as our concern has to do with the restrictions on the concepts involved with the Act and its regulations. I think you know what we are getting at here.

We have some special problems. You might be interested in knowing that our over-65 population already constitutes 12% of our population, as compared to 9.7% for Canada. Our hospital services are traditional in orientation and in service. Really, we are not about to, in fact we are not able to directly enter the hi-tech age insofar as hospital care is concerned, in view of our financial situation. The meaning, for our aging population at least, would be that there are so many and the burden is so heavy that, like I say in the brief, the institutional care system is like a blotter which is soaking up more and more of our province's resources.

[Traduction]

quarts de la moyenne nationale, et se rapprocherait même de 70 p. 100. Nos dépenses pour la santé ont toutefois été constamment entre les plus élevées si on les calcule comme pourcentage de notre produit intérieur brut, et ce au cours des 20 dernières années. Rien qu'en 1980, nos dépenses totales pour la santé dépassaient 13 p. 100 de notre produit intérieur brut, alors que le total pour les 10 provinces s'établissait à 7,3 p. 100; cette statistique me paraît assez révélatrice.

Quelles sont les possibilités qui se présentent? Elles ne sont pas nombreuses, disons-nous dans notre mémoire. Au cours des deux ou trois dernières années, nous sommes parvenus, dans notre province, à éviter de fermer des hôpitaux de soins actifs. Nous n'avons rogné sur aucun programme global, nous n'avons pas procédé à des licenciements, mais si le problème de financement n'est pas redressé, et ce dans les plus brefs délais, nous ne pourrions ni survivre ni même maintenir le niveau actuel des soins et services de santé.

Nous cherchons des solutions spécifiquement adaptées à nous. Celle qui a été adoptée par le MEER dans le secteur de l'économie pourrait être applicable, elle nous a en tout cas été fort bénéfique. Je dirais en conclusion que ma province—et d'ailleurs, toute la région de l'Atlantique—a fait de son mieux pour élever le niveau de ses services de santé au niveau national. Hélas, à ce jour, les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ne bénéficient de services assurés qu'à 80 p. 100 de la moyenne ou de la norme nationale. Ses habitants dépensent, à titre privé, de grosses sommes pour obtenir les soins nécessaires. Il serait absurde de penser qu'il suffira de la proclamation de cette loi pour abolir d'un coup de baguette magique toutes les charges supplémentaires pour les soins de santé.

Il existe un certain nombre de services . . . l'optométrie entre autres. Nous n'avons pas de programme de médicaments à l'intention des personnes âgées. Bref, je pourrais vous lire une longue litanie, un long répertoire de programmes et de services qui ne figurent pas parmi les services assurés offerts à notre population.

C'est la deuxième de nos grandes préoccupations. Nous demandons à votre Comité, et au Parlement, de poser des jalons pour trouver au système de soins médicaux une solution régionale, en l'occurrence atlantique.

Nos préoccupations, en troisième lieu, portent sur les restrictions aux notions visées par la Loi et par ses règlements. Je pense que vous savez où je veux en venir.

Nous avons des problèmes bien spécifiques. Vous vous en rendez sans doute compte lorsque je vous dirai que les personnes de plus de 65 ans constituent déjà 12 p. 100 de notre population, contre 9,7 p. 100 pour le Canada. Nos services hospitaliers dans leur orientation et dans les services qu'ils dispensent, sont traditionnels. Nous ne sommes pas sur le point, et nous n'en serions d'ailleurs pas capables, d'aborder directement l'âge des techniques de pointe en matière de soins hospitaliers, compte tenu de notre situation financière. Cela revient à dire, pour notre population vieillissante tout au moins, que celle-ci est si nombreuse et que le fardeau est si lourd que, comme je l'ai dit dans le mémoire, le système des

[Text]

We are disappointed, Mr. Chairman, in how the Canada Health Act and its regulations demonstrate or reflect in terms of philosophy and concept. And we are disappointed that different strategies and different approaches to things like prevention, promotion, community health, rehabilitation and other non-health sectors have not been addressed. The Bill seems to give but token statement of aims for the Canadian health policy and along those traditional lines. Then it goes on, in our view at least, to only rehash old, old matters of doctor and of hospital treatment and the financial situation insofar as health care in our country goes.

Mr. Chairman, in conclusion, I would certainly like to hear comments. If there is any more information we can provide to members of this committee about our situation, which in many ways is unique, in terms of those three concerns or anything else, then we would be prepared to do so. As a final comment, we hope it is not too late to bring about major revisions to this proposed act to reflect more appropriately these kinds of concerns and these kinds of issues; namely, funding, regional strategies and a more broad and comprehensive and, I think, up-to-date approach to strategies for delivery of health care services.

Thank you very much.

• 1610

The Acting Chairman (Mr. Lachance): We thank you. We thank the Minister of Health and Social Services for Prince Edward Island for his introductory comments, and now we give the floor to Mr. Epp for 10 minutes.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Mr. Minister, welcome. You possibly have put in succinct form between, obviously, two very attractive covers, the issue that we have raised many times.

Just before I get into the specifics, Mr. Chairman, through you, regarding the concerns you mentioned in the beginning; namely that, both directly with the Minister and, more importantly or more comprehensively, at the officials level, you have raised specific concerns both on the Act and the regulations, am I asking too much if those concerns were specified in written form other than the brief that is before us, or am I treading on ground, which you do not want to get into?

Mr. Fogarty: Well, Mr. Chairman, in reply to the hon. member, we did meet with the federal minister in Charlottetown a few weeks back in camera. At that time we did make these kinds of concerns known to both her and her officials. Since that time, my deputy and other people have communicated to them, I think, mostly personally and, I understand, as well by conference calls and this sort of thing. We do intend to table with this committee, sir, a summary of the technical concerns we have with both the act and the regulations.

[Translation]

maisons de repos est un véritable tonneau des Danaïdes, dans lequel s'engouffrent les ressources de notre province.

Nous sommes déçus, monsieur le président, par la philosophie qui émane de la Loi canadienne sur la santé et de ses règlements. Nous sommes également déçus que des approches nouvelles et des stratégies différentes n'aient pas vu le jour sur des questions telles que la prévention des maladies, la promotion de la santé, la santé des collectivités, la réadaptation et autres questions non directement liées aux soins médicaux. La Loi se contente de saluer au passage les objectifs d'une politique canadienne de la santé, en restant dans la tradition, et passe ensuite, à notre avis tout au moins, à des questions dépassées qui ont fait long feu, des histoires de médecins, de traitements hospitaliers et de situation financière de notre pays dans le contexte des programmes d'assurance-maladie.

Monsieur le président, en conclusion, j'aimerais savoir ce que vous pensez de ce que je viens de dire. Nous serons heureux de fournir plus de renseignements sur la situation dans notre province, aux membres de ce Comité, en ce qui concerne les trois questions que j'ai mises en relief. Enfin, dernière observation, nous espérons qu'il n'est pas trop tard pour apporter des révisions essentielles à ce projet de loi, qui tiendraient mieux compte de nos problèmes et de nos doléances, à savoir le financement, les stratégies régionales et une façon plus large, et plus globale et plus moderne de concevoir et de répondre aux besoins en soins de la population.

Je vous remercie beaucoup.

Le président suppléant (M. Lachance): Merci beaucoup. Nous remercions le ministre de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard de son discours liminaire, et nous donnons maintenant la parole, pendant dix minutes, à M. Epp.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président. Je vous souhaite la bienvenue, monsieur le ministre. Votre rapport est bien présenté et bien composé et porte sur des questions que nous avons soulevées à de nombreuses reprises.

Avant que je n'entre dans le vif du sujet, monsieur le président, sur les questions que vous avez mentionnées au début, à savoir que vous avez soulevé certaines questions précises tant sur la loi que sur les règlements avec le ministre, directement, et plus en détail avec les hauts fonctionnaires; serait-ce trop vous demander que de vous prier de mettre ces questions par écrit en plus du mémoire qui nous a été soumis, ou est-ce que je m'aventure sur un terrain que vous préféreriez éviter?

M. Forgaty: En réponse au député, monsieur le président, je mentionnerai que nous avons rencontré le ministre fédéral à huis clos, il y a quelques semaines, à Charlottetown. Nous lui avons, à l'époque, communiqué nos doléances, à elle ainsi qu'aux hauts fonctionnaires. Mes collaborateurs ont, depuis, relancé ces sujets, tant au cours d'entrevues que lors de communications téléphoniques et autres. Nous avons l'intention de soumettre à ce Comité, monsieur, un résumé des questions qui nous inquiètent tant dans la loi que dans les règlements.

[Texte]

Mr. Epp: That really answers my questions.

Mr. Fogarty: That is why we are hoping to stick to the broader issues as opposed to the technicalities.

Mr. Epp: I will do that as well. I would appreciate it if we could have those. I think I can speak on behalf of most members of this committee, that if there are matters or specifics that we can change to make make the system more workable, that is our interest, apart from any differences we might have philosophically.

Mr. Minister, when we look at the situation in Prince Edward Island, and we are familiar with the percentage of your GDP that you expend for health care, obviously with an aging population, not to mention high-tech and those kinds of pressures on the health care system, if extra funding is not allowed—as you mentioned, you do not have the problem of user fees and extra-billing—and I hope we are talking of the future of the health care system, are you contemplating freezing services that you now provide if you do not get extra funding? Can you expand your programs? What evaluation would you give to your program if the funding still remained as a status quo, as a given right now?

Mr. Fogarty: Mr. Chairman, we have, I believe, the highest levels of taxation of most regions in the country, if not all. We do not see higher taxation as an option for our people right now. We are finding it most difficult to hang on to what we already have and again, that is only approximately 80% of what is enjoyed nationally. I personally find it very difficult when I am dealing in Cabinet with my Cabinet colleagues and when they remind me that health and social services consumes 34.8% of each and every dollar spent in the province of Prince Edward Island. It is difficult to deal with your colleagues, the Ministers of Fisheries Agriculture and Industry, and so I guess I sense an impossibility for our province in maintaining the existing and certainly inadequate level and scope of programs and services, unless and until there is a willingness on the part of the federal government and Parliament to address these issues from a regional policy approach as well as national.

• 1615

Mr. Epp: When we take a look at the under-funding question, those who defend the level of funding will argue that the tax points, though they are now raised by the province and go into the province's general coffers, should be considered as part of the federal transfer; that the revenue guarantee in the past was not accepted by the provinces as part of the health-care funding proposal. When one takes those two into consideration, plus the escalation on the nominal GNP, plus the sliding three-year nominal GNP average, the federal government's percentage of funding for Atlantic Canada can be defended.

Yet in the Constitution, for the first time in our Canadian history, we have now entrenched a modus operandi which we

[Traduction]

M. Epp: Ceci répond à mes questions.

M. Forgaty: C'est pourquoi nous espérons nous attarder sur les questions plus vastes, en laissant de côté les détails matériels.

M. Epp: C'est ce que j'ai également l'intention de faire. Je vous serais très reconnaissant de nous faire parvenir ces questions. Je crois pouvoir parler au nom de la plupart des membres de ce Comité en disant que s'il y a des questions sur lesquelles nous pouvons exercer notre influence pour rendre le système plus efficace, nous serions disposés à le faire, quelles que soient nos divergences d'idées.

Monsieur le ministre, à l'examen de la situation qui se présente dans l'Île-du-Prince-Édouard—le pourcentage de votre PIB qui passe en dépenses de santé, une population vieillissante, sans compter la technologie de pointe et les autres pressions qui s'exercent sur le système des soins médicaux—et compte tenu du fait que vous ne connaissez ni le problème des frais modérateurs ni celui de la surfacturation, si les sommes qui vous sont allouées ne sont pas augmentées, envisagez-vous, à l'avenir, d'arrêter net les services que vous dispensez actuellement, en l'absence de ressources supplémentaires? Pouvez-vous développer vos programmes? Où en seriez-vous, avec vos programmes, si le financement restait inchangé, tel qu'il est assuré à l'heure actuelle?

M. Fogarty: Monsieur le président, notre province est l'une des plus imposées de ce pays, sinon la plus imposée. Nous n'envisageons donc guère d'augmenter la charge fiscale. Nous avons les plus grandes difficultés à maintenir ce que nous avons déjà et là encore, cela ne représente qu'environ 80 p. 100 du niveau national. Lorsque mes collègues au Cabinet me rappellent que les services sociaux et les services de santé absorbent 34,8 p. 100 de chaque dollar dépensé dans la province de l'Île-du-Prince-Édouard, je ne sais quelle position adopter. Il est difficile de traiter avec vos collègues, les ministres des Pêches, de l'Agriculture ou de l'Industrie, donc je pense qu'il est impossible pour notre province de maintenir le niveau et l'envergure actuels et manifestement inadéquats de nos programmes et services, tant que le gouvernement fédéral et le Parlement n'auront été disposés à aborder ces questions non seulement du point de vue national mais également du point de vue régional.

M. Epp: Lorsque nous parlons de sous-financement, ceux qui défendent le niveau de financement feront valoir que les points d'impôt, recueillis par les provinces et versés au trésor général des provinces, devraient être considérés comme faisant partie des transferts fédéraux; que par le passé, les revenus garantis n'étaient pas acceptés par les provinces comme faisant partie des propositions sur le financement des soins de santé. Lorsque l'on tient compte de ces deux aspects, ainsi que de l'augmentation du PNB nominal, ainsi que de la moyenne du PNB nominal échelonné sur trois ans, le niveau de financement que verse le gouvernement fédéral au Canada atlantique peut se défendre.

Pourtant, dans la Constitution, pour la première fois dans notre histoire canadienne, nous avons maintenant enchâssé un

[Text]

used to call equalization. That is the way we did things in Canada. Now we have got it entrenched as well. Do you feel that you have dealt fairly with the federal government in terms of funding?

Mr. Fogarty: Obviously, equalization has been a good formula, and we recognize this in our brief. But it is not making available to us the dollars that the health budget is consuming. Of the total budget, 34.8% is consumed by health and social services; take general government expenditures, debt retirement or debt servicing, and you have precious little left. So as far as I can tell, our government has not and is not siphoning off into any other area federal dollars that are supposed to, or perhaps should, be used for health care. I am just saying that if we look at our resource base within P.E.I., if we look at our levels of taxation, if we look at our population base, if we look at all of these essential factors, it is most difficult for Islanders to feel that they are being treated as Canadians, as the norm. That is the thrust of our argument.

Mr. Epp: One short question, Mr. Chairman. At a recent meeting, the Atlantic Premiers, in discussing not only the future of health care but, in general terms, the economy of the region in which you serve, identified what they felt was the shortfall in health care services for this fiscal year alone. If I recall those figures—and I am not talking about the longer term, just the shortfall—they varied all the way from some \$150 million in Nova Scotia to some \$40 million in Prince Edward Island. I think the total figure for the four provinces was in the order of \$400 million or \$500 million.

I am sure you have discussed this issue with the Minister of Health. Have you had any more success with him than others have had in discussing that you support medicare—which you obviously do—and that you want to provide the best service you can for the residents of the Island? To do those two things you must obviously also discuss funding with the federal government. You cannot discuss (a) and (b) without looking at (c) realistically in the eye. Has the Minister conceded that there is a funding problem? Secondly, has she given you any indication that she and the Finance Minister would be willing, for instance, to look at the figures the Premiers had earlier identified as the shortfall for this fiscal year alone?

• 1620

Mr. Fogarty: In reply to the first question, the federal Minister has insisted consistently that in terms of founding principles, the medicare question and the funding matter are two separate issues. She has not been willing to directly discuss the funding problem.

We did request, in fact I did request, on behalf of the Ministers of Health in Atlantic Canada, a meeting of the

[Translation]

modus operandi que par le passé nous appelions la péréquation. C'est comme ça que ça se passe au Canada. Maintenant en plus, c'est enchâssé. Estimez-vous avoir traité d'une façon équitable avec le gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement?

M. Fogarty: Manifestement, la péréquation a été une bonne formule, et nous le reconnaissons dans ce mémoire. Toutefois, cela ne nous fournit pas l'argent que requiert le budget de santé. De notre budget, la santé et les services sociaux absorbent 34,8 p. 100; si on y ajoute les dépenses générales du gouvernement, le remboursement de la dette ou les frais de trésorerie, il vous reste vraiment très peu. Donc, tout ce que je peux vous dire, c'est que notre gouvernement n'a pas détourné et ne détourne pas, vers d'autres secteurs l'argent fédéral qui devait servir aux soins de santé. J'estime que si l'on examine notre base de ressources à l'Île-du-Prince-Édouard, si l'on tient compte de nos niveaux d'imposition, si l'on regarde notre population, si on tient compte de tous ces facteurs essentiels, il est des plus difficile pour les habitants de l'île d'avoir l'impression qu'on les traite comme des Canadiens, comme le veut la norme. C'est là le fond de notre argument.

M. Epp: Une brève question, monsieur le président. Au cours d'une réunion récente, en discutant non seulement de l'avenir des soins de santé, mais d'une façon générale, de l'économie de votre région, les premiers ministres de l'Atlantique ont relevé ce qu'ils estiment être le déficit pour les services de santé pour cette seule année financière. Si j'ai bonne mémoire—et je ne parle pas du long terme, mais simplement du déficit—ce déficit variait de quelque 150 millions de dollars en Nouvelle-Écosse à quelque 40 millions de dollars pour l'Île-du-Prince-Édouard. Je crois que le montant global, pour les quatre provinces, s'élevait à 400 ou 500 millions de dollars.

Je suis persuadé que vous en avez discuté avec le ministre de la Santé. Avez-vous connu plus de succès avec elle que d'autres en faisant valoir que vous êtes en faveur de l'assurance-maladie—ce qui est manifestement le cas—et que vous voulez fournir les meilleurs services possibles aux habitants de l'Île-du-Prince-Édouard? Afin d'atteindre ces deux objectifs, vous devez manifestement discuter aussi du financement avec le gouvernement fédéral. Vous ne pouvez discuter de (a) et de (b) sans regarder (c) droit dans les yeux. Le ministre a-t-elle admis qu'il y avait un problème de financement? Deuxièmement, vous a-t-elle laissé entendre qu'elle-même et le ministre des Finances étaient disposés, par exemple, à examiner les chiffres que les premiers ministres avaient relevés précédemment comme étant leur déficit pour cette seule année financière?

M. Fogarty: En réponse à la première question, le ministre fédéral a toujours soutenu que sur le plan des principes, la question de l'assurance-maladie et la question du financement étaient tout à fait distinctes. Elle n'a jamais été disposée à discuter expressément du problème de financement.

Nous avons demandé, en fait j'ai demandé au nom des ministres de la Santé du Canada atlantique, une réunion des

[Texte]

Atlantic Canada Ministers of Health, Ministers of Finance, together with the federal counterparts. We have not been able to get that kind of a meeting to get that kind of focus on the situation.

I will say, however, that the federal Minister has given us some encouragement that she is interested in addressing the situation with the aging. Our officials have been discussing that in recent months and that is certainly a help to us.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Epp. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you. I would like to discuss with the Minister some of the technical problems that we find in the text of the Bill. But let us first review what the Bill purports to do, before going through those technical problems.

First, the statistical requirements and the visibility requirements . . . There do not seem to be too many problems there.

The introduction of extra-billing and user fees is the main intent of the Bill and that, of course, is non-negotiable as such.

The extension of coverage from 95% to 100%: the Minister did not raise that problem.

Apart from that, the federal Minister of Health has always repeated that it was not the intention of the federal government, through that Bill, to change anything that was not there before in those two actual Acts consolidated into one through Bill C-3 when it becomes law. I wish to reiterate that today on behalf of the Members on this side that this is the intent.

Now, we have found out that there are some technical problems with the text of the proposed Act, as it may seem to change things. I would like to reassure you that if we come across those problems we will try to address them the best way we can. In this respect, and here I speak for the Members on my side, I would like to say that we are most sympathetic to the difficulties you have brought to our attention in your presentation.

For instance, it is true that any changes to the exempted services are now sorted to provincial approval in those two Acts under which we are now operating. Bill C-3 does not provide for this approval. I am sure that the Minister will see with a very good eye the possibility of reverting back to a regime of provincial approval for those regulations.

You have brought forward the fact that there is some difficulty with the subjective nature of reasonable assessment of services. Those are words. Let us try to find better words. yesterday we had representation by the Minister of Quebec saying that there were very serious problems with the wording of the French text. We addressed those. The same for the English text. If there are problems with the words, we will try to address them. But I repeat, the intention is not to change anything that exists now, except for those areas that have been pointed out at the beginning.

[Traduction]

ministres de la Santé, des ministres des Finances de la région de l'Atlantique avec leurs homologues fédéraux. Nous n'avons pas pu encore tenir une telle réunion pour discuter de la situation.

Je dois toutefois reconnaître que le ministre fédéral nous a encouragés jusqu'à un certain point lorsqu'elle s'est dite intéressée à regarder la situation des personnes âgées. Nos fonctionnaires en discutent depuis quelques mois, et cela nous aide certainement.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: Merci, monsieur Epp. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci. J'aimerais aborder avec le ministre certains problèmes techniques qu'on trouve dans le texte du projet de loi. Toutefois permettez-moi de rappeler les objectifs du projet de loi, avant d'aborder ces problèmes techniques.

Tout d'abord, les exigences en matière statistique et en matière de visibilité . . . Cela ne semble pas poser trop de problèmes.

L'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs, voilà l'intention principale du projet de loi et bien sûr, cette question n'est pas négociable.

L'extension de 95 p. 100 à 100 p. 100 des services assurés: le ministre n'a pas soulevé ce problème.

En outre, le ministre fédéral de la Santé a toujours répété qu'il n'était pas dans l'intention du gouvernement fédéral, par ce projet de loi, de modifier quoi que ce soit en ajoutant quelque chose qui ne figure pas dans les deux lois actuelles, lesquelles se trouveront réunies en une seule dans le Bill C-3 lorsque celui-ci deviendra loi. Je tiens à répéter aujourd'hui au nom des députés de ce côté-ci que c'est là l'intention.

Or, nous avons constaté qu'il y avait quelques problèmes techniques dans le texte du projet de loi puisqu'il donne l'impression de prévoir des changements. Je tiens à vous rassurer que si nous tombons sur de tels problèmes, nous tenterons de les résoudre de notre mieux. Dans ce contexte, et je parle ici au nom des députés de mon parti, j'aimerais dire que nous comprenons parfaitement les difficultés que vous avez portées à notre attention dans votre exposé.

Par exemple, il est vrai que tout changement apporté aux services exemptés est actuellement assujéti à l'agrément provincial sous le régime des deux lois actuellement en vigueur. Le Bill C-3 ne prévoit pas cet agrément. Je suis persuadé que le ministre verra d'un bon oeil la possibilité de reprendre le régime d'agrément provincial pour les règlements.

Vous avez souligné le fait qu'il y aurait quelques difficultés à cause de la nature subjective de l'évaluation raisonnable des services. Ce sont des mots. Essayons de trouver de meilleurs mots. Hier, dans son exposé, le ministre du Québec nous disait qu'il y avait de très graves problèmes au niveau du libellé du texte français. Nous allons nous en occuper. Il en va de même pour le texte anglais. S'il y a des problèmes avec les mots, nous allons tenter de les régler. Toutefois, je le répète, le projet de loi n'a pas pour objet de changer quoi que ce soit qui existe

[Text]

This being said, you have made some proposals here. We will study them. And as I say, we are most sympathetic to the difficulties that have been brought forward. The Minister herself has heard some representations you have made when she met with you in Charlottetown.

Apart from those problems, assuming that we want to keep what was there before and to codify the two Acts together into a new Canada Health Act, do you see any additional problems? I am thinking especially of Section 2, which spells out the insurance services in the same way as it has been spelled out since 1958; Section 3, which includes the general intent, the general principles of the section; and Section 4 of the bill, which is also general in scope, which indicates the purpose of the Bill—and in particular which tries to indicate the fact that this Bill does not change anything in terms of jurisdictional fields. Do you see any additional problems, other than the ones you have brought to our attention this afternoon, that you want to bring forward now?

Mr. Fogarty: Mr. Chairman, in terms of Clause 2, Definitions and Interpretation, we passed along some concerns of a technical nature there. In terms of Clauses 3 and 4, to which you refer, we see them as a collection of words that are not backed up substantively in the body of the Bill. We find that unfortunate.

Mr. Lachance: But in this sense, you do not see problems in the implementation of your health service in your province because of those words? Do you see problems because of those words? Will it change things because of those words?

Mr. Fogarty: I really do not think so, no.

Mr. Lachance: Do you have an agreement under the 1958 Act? I guess you have signed an agreement with the federal government for the implementation of that Act. When was it signed and what is the status of that agreement now?

Mr. Fogarty: It was signed in 1958 and it is still current.

Mr. Lachance: Now you have noticed that Bill C-3 does not provide for agreements any more. Do you see that as a substantial problem, or only a recognition that the 1977 block-funding system has rendered unnecessary those agreements to provide for disbursements of the federal funds as long as the five conditions are met?

Mr. Fogarty: My general reaction would be that I would not see any fundamental problems and we probably would not have any real concerns. I think we would be able to continue to operate our system. I do not think we would really have too many problems.

Mr. Lachance: You still feel that with the establishment of the block-funding system—as long as we clean up texts where

[Translation]

actuellement, sauf dans les domaines que j'ai énumérés au début.

• 1625

Cela dit, vous avez fait quelques propositions aujourd'hui. Nous allons les étudier. Comme je l'ai dit, nous sommes des plus sensibles aux difficultés que vous avez soulignées. Le ministre elle-même a déjà entendu certains des arguments que vous avez présentés lorsqu'elle vous a rencontré à Charlottetown.

Outre ces problèmes, en supposant que nous voulions garder ce qui existait auparavant et fondre les deux lois en une nouvelle Loi canadienne sur la santé, voyez-vous d'autres problèmes? Je songe en particulier à l'article 2 où sont énumérés les services assurés de la même façon que depuis 1958; à l'article 3 qui définit l'intention générale, les principes généraux; et à l'article 4 du projet de loi qui est également d'une portée générale et où se trouve donné l'objectif du projet de loi—et plus particulièrement où l'on tente d'expliquer le fait que ce projet de loi ne change en rien les domaines de compétence. Voyez-vous d'autres problèmes, autres que ceux que vous avez déjà portés à notre attention cet après-midi, et que vous souhaitiez nous présenter maintenant?

M. Fogarty: Monsieur le président, en ce qui concerne l'article 2, Définitions, nous avons déjà fait par de quelques préoccupations d'ordre technique. En ce qui concerne les articles 3 et 4, dont vous parlez, nous y voyons une suite de mots que rien n'étoffe dans le corps du projet de loi. Nous trouvons que c'est malheureux.

M. Lachance: Mais en un sens, vous n'entrevoyez aucun problème dans la mise en oeuvre de votre service de santé provincial à cause de ces termes? Entrevoyez-vous des problèmes à cause de ces mots? Est-ce que ces mots vont changer quelque chose?

M. Fogarty: En réalité, je ne le crois pas, non.

M. Lachance: Avez-vous une entente sous le régime de la loi de 1958? Je présume que vous avez signé une entente avec le gouvernement fédéral pour l'application de cette loi. Quand l'avez-vous signée et où en est cette entente maintenant?

M. Fogarty: Nous l'avons signée en 1958 et elle est toujours en vigueur.

M. Lachance: Vous aurez remarqué qu'aucune entente du genre n'est prévue au projet de loi C-3. Est-ce que vous estimez que c'est là un problème considérable, ou simplement la reconnaissance du fait que le régime de financement en bloc de 1977 a rendu inutiles ces ententes qui prévoyaient le versement de sommes fédérales, aussi longtemps que vous remplissez les cinq conditions?

M. Fogarty: D'une façon générale, je n'y vois aucun problème fondamental et cela ne nous inquiète probablement pas outre mesure. Je crois que nous pourrions continuer à faire fonctionner notre régime. Je ne crois pas que nous ayons vraiment trop de problèmes.

M. Lachance: Croyez-vous toujours qu'à la suite de la mise en place du régime de financement en bloc—dans la mesure où

[Texte]

it creates problems, where you spell out that there are problems—that the spirit of that agreement, where funds are transferred in blocks and then the provinces decide on their own priorities, that is still covered through the Act?

Mr. Fogarty: Yes, except for the point I made several times this afternoon: block-funding, unfortunately, has not adequately addressed our problems.

Mr. Lachance: Yes, it has not addressed that financial—

Mr. Fogarty: We have to get at it from a different perspective.

Mr. Lachance: I was only talking in terms of the definition of priorities for the provinces. Does this Act change anything?

Mr. Fogarty: No, it would not.

Mr. Lachance: So you do not see the fact that this Act does not provide for agreements any more, like the 1958 Act did, as a substantial change to the intent and the way the Canada Health Act will be implemented in P.E.I.?

Mr. Fogarty: Based on my experience to date, I am not terribly concerned about that.

Mr. Lachance: Thank you. I repeat, Mr. Chairman, that we will try to address all those technical problems as best we can. I want to assure the Minister that except for those new elements to which we have pointed, the intent will be to keep the Act only as the codification of what was there before.

• 1630

The Vice-Chairman: *Merci, Monsieur Lachance. Dr. Halliday.*

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I, too, want to welcome the Minister, and to tell him that not only do we find his cover of interest, but I am particularly impressed by the fact that he and some of his counterparts from across Canada have chosen to present themselves before a parliamentary committee. I think this is not exactly a precedent, but it is certainly happening to an extent on this particular committee what may be generally unheard of at most parliamentary committees, and I think it is to be commended and encouraged because it is a mechanism by which backbenchers have an opportunity to relate with what is normally considered government-to-government and minister-to-minister decisions, and here we have an opportunity to become involved in some of the discussions that take place prior to some of these bills being passed; I think it is a great occasion.

Mr. Chairman I was naturally interested in the three concerns the Minister raised, and I can appreciate his concerns. I have some difficulty with his concern on federal intrusion. He has obviously raised that as a concern—it must be a concern he sees in this bill—yet at the same time he gives us almost 100% support for the Bill, provided these small technicalities are cleared up that Mr. Lachance refers to. I am

[Traduction]

nous remettons de l'ordre dans les textes qui créent des problèmes, ceux dont vous dites qu'ils créent des problèmes—l'esprit de l'entente, c'est-à-dire le transfert en bloc de sommes que les provinces décident ensuite de dépenser selon leurs propres priorités, sera préservé par la nouvelle loi?

M. Fogarty: Oui, sauf la question que j'ai mentionnée plusieurs fois cet après-midi, savoir que le financement en bloc, ne règle malheureusement pas de façon adéquate nos problèmes.

M. Lachance: Oui, cela ne règle pas les aspects financiers...

M. Fogarty: Il faut aborder la question d'une perspective différente.

M. Lachance: Je ne parlais que de la définition des priorités pour les provinces. Est-ce que ce projet de loi change quelque chose?

M. Fogarty: Non.

M. Lachance: Donc à votre avis, le fait que ce projet de loi ne prévoit aucune entente semblable à celle prévue dans la loi de 1958 ne constitue pas un changement considérable de l'esprit de la loi et de l'application de la Loi canadienne sur la santé à l'Île-du-Prince-Édouard?

M. Fogarty: D'après mon expérience jusqu'à présent, cela ne me préoccupe pas terriblement.

M. Lachance: Merci. Je répète, monsieur le président, que nous essaierons de régler tous ces problèmes techniques de notre mieux. Je tiens à assurer le ministre qu'à l'exception des nouveaux éléments que j'ai signalés, la loi contiendra uniquement la codification de ce qui existait déjà.

Le vice-président: *Thank you, Mr. Lachance. Docteur Halliday.*

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Moi aussi, je souhaite la bienvenue au ministre et j'ajoute que non seulement nous trouvons cette couverture particulièrement intéressante, mais ce qui m'impressionne tout particulièrement, c'est qu'avec certains de ses homologues des autres provinces, il a décidé de comparaître devant un comité parlementaire. Ce n'est pas précisément un précédent, mais je doute qu'un comité parlementaire ait jamais reçu tant de ministres provinciaux. Je pense que nous avons tout lieu de nous féliciter de cette situation car elle permet aux députés de l'arrière-ban d'approcher de près des décisions qui, d'ordinaire, sont prises de gouvernement à gouvernement et de ministre à ministre. Aujourd'hui, nous sommes en mesure de participer à une partie des discussions avant l'adoption de ces projets de loi, et c'est une excellente occasion.

Monsieur le président, le ministre a soulevé trois problèmes que je comprends et qui m'intéressent particulièrement. Ce que j'ai du mal à comprendre, ce sont ses craintes au sujet de l'ingérence fédérale. De toute évidence, pour lui c'est une préoccupation, un sujet d'inquiétude dans ce projet de loi, mais en même temps il nous assure qu'il est en faveur de ce projet de loi à 100 p. 100, à condition que les détails techniques dont

[Text]

just wondering why now he does not want to call a halt to this intrusion with this Bill, rather than tell us that we do not want to see it happen again; he is worried about it, but is not telling us that we should do something about it now. Could he comment on that?

Mr. Fogarty: Mr. Chairman I indicated at the beginning of the brief that we have consistently—through the entire piece, the entire controversy and everything leading up to today—taken the stand that negotiation, consultation can in fact prevail if we can get the right people to the table, and as a government back home we are philosophically opposed to opting-out and user fees, and so in terms of the government's objectives for the Bill—which is to ban extra-billing and user fees—we have no quarrel. We have said in fact that there really is no need for a Canada Health Act if consultations and negotiations within the parliamentary and government process worked. They did not, and so we took the attitude that we are going to have an Act—whether we want it or not, and whether we like it or not—and we just have to accept that. Notwithstanding we give our support to the Bill conditionally because we are terribly concerned about intrusion by the federal government into areas of provincial jurisdiction, and so it may appear to members of the committee that we are neither on one side of the fence or the other, and perhaps we are not. What we are interested in—in the final analysis—is what is best for Islanders. We do not want to become involved in controversy, hassles and that sort of thing. We have problems in P.E.I. and within Atlantic Canada which are unique, which are in fact crippling us economically, and a tremendous burden in terms of providing these kinds of services. I am not sure if that answers your question or not, but we do support it because it is going to be passed at any rate. In its final form we hope it will not allow the federal Minister of Health and Welfare or the federal Cabinet to set priorities for Islanders within Prince Edward Island. We are concerned because these kinds of initiatives have occurred in the past, to which I could refer.

• 1635

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I would like to go on to another question that the witness has just raised himself. It is a repetition of what he said in his original presentation regarding his 100% support for the philosophy of banning extra-billing and user fees. I am sure the Minister knows that it was quite within the power of the P.E.I. government to ban it heretofore, the way it was done in Quebec. I am wondering, first of all, why the provincial government did not choose to rule it out previously. Secondly, could he give us some indication as to whether or not he has consulted with the Prince Edward Island Medical Society as to what effect the banning, as proposed within Bill C-3, will have on the physicians in P.E.I.? Really then, what I am saying is maybe there was some reason why they chose not to rule it out prior to Bill C-3. Yet they seem to be welcoming Bill C-3 with respect to the banning of it, for some reason. I am wondering whether they have thought

[Translation]

M. Lachance a parlé soient résolu. Pourquoi ne souhaite-t-il pas mettre fin à cette ingérence à l'occasion de ce projet de loi au lieu de nous dire que cela ne doit pas se reproduire, que cela inquiète, sans ajouter qu'il faut y mettre fin dès maintenant. Peut-il développer?

M. Fogarty: Monsieur le président, j'ai dit au début du mémoire que dès le départ, depuis le début de la controverse et pendant tous les événements qui ont suivi, nous avons toujours considéré que la négociation, la consultation pouvaient régler tous les problèmes si on réussissait à attirer les personnes concernées à la table de négociations. Notre gouvernement est contre la désaffiliation et les frais modérateurs pour des raisons de principe et saurait donc difficilement s'opposer à un projet de loi qui sert justement à supprimer la surfacturation et les frais modérateurs. Nous avons dit que la Loi canadienne sur la santé serait en fait inutile si le processus parlementaire et gouvernemental de la consultation et de la négociation avait bien fonctionné. Cela n'a pas été le cas, par conséquent on a décidé d'adopter une loi, que nous le voulions ou non, que cela nous plaise ou non et nous devons nous y résigner. En dépit de cela, nous sommes en faveur du projet de loi à certaines conditions, ce qui ne nous empêche pas de nous inquiéter terriblement de l'intrusion du gouvernement fédéral dans la juridiction provinciale. Les membres du Comité auront peut-être l'impression que nous ne sommes ni d'un côté ni de l'autre, et c'est peut-être vrai. Ce qui nous intéresse, en dernière analyse, c'est ce qui est préférable pour les gens de l'Île. Nous ne voulons pas nous lancer dans une controverse, dans des disputes possibles, etc. À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons des problèmes uniques par rapport aux autres provinces de l'Atlantique, des problèmes qui nous paralysent économiquement, et ces services constituent pour nous un fardeau énorme. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question, mais nous sommes en faveur du projet de loi parce que de toute façon, il va être adopté. Nous espérons que, dans sa forme finale, il ne permettra pas au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, ou au Cabinet fédéral, d'imposer des priorités aux gens de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce qui nous inquiète, c'est que ce genre de chose s'est déjà produit par le passé; je pourrais vous en citer des exemples.

M. Halliday: Monsieur le président, je vais passer à une autre question dont le témoin vient de parler lui-même. Dans son exposé, il a dit qu'il soutenait inconditionnellement le principe de l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs. Le ministre doit savoir que le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard était parfaitement libre de décréter cette interdiction s'il l'avait souhaité, comme cela a été fait au Québec. Premièrement, pourquoi le gouvernement provincial n'a-t-il pas choisi d'imposer cette interdiction? Deuxièmement, le ministre peut-il nous dire s'il a consulté la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard pour savoir quels seraient les effets de cette interdiction contenue dans le projet de loi C-3 sur les médecins de l'Île-du-Prince-Édouard? Autrement dit, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard avait peut-être une raison pour ne pas interdire cette pratique avant l'apparition du projet de loi C-3. Et pourtant, il accueille favorablement le

[Texte]

out what the reaction may be from the Prince Edward Island Medical Society, and whether there may be some adverse affect on fee negotiations, for instance. If there is going to be an adverse affect, have they thought of how they might circumvent it?

Mr. Fogarty: Since I became the Minister two years ago, we have not had opting-out, extra-billing or user fees. Since we did not have them, as the Minister responsible I did not see the need formally and legally to abolish them.

Mr. Halliday: That makes a lot of sense.

Mr. Fogarty: I do not say that facetiously. I would think if we had met in a new round of negotiations where the P.E.I. Medical Society had been seeking, in fact perhaps insisting, on the right to extra bill, we would not have granted them that right. I think I can say that with finality. Philosophically we believe very strongly that we should not do that kind of thing. I am sorry, sir: I forget your second question.

Mr. Halliday: The other part of the question was: Has he anticipated or has he discussed with the P.E.I. Medical Society what their reaction might be to the implementation of this Bill?

Mr. Fogarty: Yes. We meet regularly with the P.E.I. Medical Society. I met with them twice recently. They are aware of our stand at home and here. Obviously, I cannot speak on behalf of the P.E.I. Medical Society, but certainly my impression is that they are opposed to the Canada Health Act for their own reasons. I believe that feeling was reflected not only by the CMA but also by the medical societies that appeared recently before your committee. I also am convinced that our doctors will co-operate after this Act is law, and I do not see really where it is going to have any effect in terms of medical manpower after its implementation.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman, and I join the others in welcoming the Minister. I want to assure him that I understand the need for special attention to the Atlantic provinces during a period of development of the health care system. I want to say to him that I do not consider that this Bill in any way excludes this kind of special attention being given to funding, through special agreements, enrichment funds, equalization, or whatever.

I am asking him to see this Bill as one important stage in the development of the health care system in Canada.

• 1640

We have an awful lot of things that we must do, one of which is to bring all the players together—provincial govern-

[Traduction]

projet de loi C-3 et en particulier les dispositions relatives à cette interdiction. Vous êtes-vous demandé quelle serait la réaction de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard, avez-vous cherché à savoir si cette interdiction aurait des répercussions néfastes sur les négociations relatives aux rémunérations, par exemple. Et dans ce cas, a-t-on cherché à savoir comment surmonter ces difficultés?

M. Fogarty: Depuis que je suis devenu ministre il y a deux ans, nous n'avons eu ni désaffiliation, ni surfacturation ni frais modérateurs. Puisque ces pratiques n'existaient pas, en tant que ministre responsable, je n'ai pas jugé bon de les abolir officiellement et légalement.

M. Halliday: Voilà qui est très sensé.

M. Fogarty: Je n'ai pas dit cela pour plaisanter. Je pense que si, à l'occasion de nouvelles négociations, la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard avait cherché, insisté pour obtenir le droit de surfacturer, nous ne leur aurions pas accordé ce droit. Je crois pouvoir le dire avec certitude. Nous nous opposons fermement à ce genre de chose pour des raisons de principe. Je suis désolé, j'ai oublié votre deuxième question.

M. Halliday: Je la répète donc: le ministre a-t-il eu l'occasion de chercher à savoir quelle serait la réaction de la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard face à ce projet de loi?

M. Fogarty: Oui. Nous avons rencontré fréquemment les représentants de la Société médicale. Nous les avons rencontrés à deux reprises tout récemment. Ils connaissent notre position, à la fois chez nous et ici. De toute évidence, je ne peux pas parler pour la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard, mais j'ai l'impression que s'ils s'opposent à la Loi canadienne sur la santé, c'est pour des raisons qui leur sont propres. Ces raisons ont été exposées non seulement par l'AMC, mais également par d'autres sociétés médicales qui ont comparu récemment devant votre Comité. Je suis convaincu d'autre part que nos médecins coopéreront lorsque cette loi sera en vigueur, et je ne pense pas qu'elle ait des effets sur la configuration de la main-d'oeuvre médicale.

Le vice-président: Merci, docteur Halliday. Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président; tout comme mes collègues, je souhaite la bienvenue au ministre. Je tiens à l'assurer que je comprends à quel point les provinces de l'Atlantique méritent une attention toute particulière pendant une période de développement du système de santé. Pour ma part, je ne considère absolument pas que ce projet de loi empêche de porter cette attention toute particulière aux provinces de l'Atlantique en matière de financement grâce à des accords spéciaux, à des fonds de péréquation ou de compensation, etc.

J'espère qu'il verra dans ce projet de loi un stade important pour le développement du système de santé au Canada.

Nous avons une quantité de choses à faire, et en particulier celle de réunir tous les joueurs: les gouvernements provinciaux,

[Text]

ments, the federal government, the providers of health care, the consumers and their representatives. When I say the providers, I mean the doctors, the nurses, the whole group. Bring them together to see how we can cope with this incredible challenge and task that we have in the future, to develop a better health care system, one that will be efficient and will have a better distribution of resources. I am sure you are aware of difficulties of distribution and misallocation of resources all over the place. These things must be done; but there is no way there will be a consensus to even sit at a table to do that, until the matters in Bill C-3 are settled because every time you sit down and want to discuss anything, what you have is a debate on principles. You know as well as I do that you cannot negotiate principles; you can negotiate policies and you can negotiate modalities. You can negotiate a lot of things but you cannot negotiate principles. Principles have to be determined at one point politically. This bill, Bill C-3, is one stage in all of that. As we have done in the past when a sector in Canada needs special attention, such as Atlantic Canada, I do not see that any federal government could ignore that in a period of expansion or development. I just want to assure you that I do not support this bill in the way it excludes the possibility of special attention being provided if at one point, once you have had this dialogue, you determine that you need to have some capital up front to get into a better system, and that you would not recognize the special needs of the Atlantic Provinces and the difficulties of the Atlantic Provinces to raise the necessary capital.

Mr. Fogarty: Pleased to hear that.

Mr. Breau: Thank you.

The Vice-Chairman: *C'est ça?*

Mr. Breau: If I have some time, I can add that in Tracadie, New Brunswick . . .

The Vice-Chairman: As a matter of fact, you do, Mr. Breau.

Mr. Breau: In Tracadie, New Brunswick there is not one Grit left; there is many Grits left.

The Vice-Chairman: The difference between Tracadies.

Mr. Breau: Did you know there was a Tracadie in Nova Scotia too?

The Vice-Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman. Mr. Minister, at the outset of your comments, you did indicate that you expressed to the federal Minister of Health, to her officials, your concerns with respect to medicare and suggestions with respect to modifications of the Bill. Now I am not asking what took place or what was the content of those expressions, written or otherwise, but did those concerns include the three you mentioned today?

Mr. Fogarty: Yes.

[Translation]

le gouvernement fédéral, les spécialistes de la santé, les consommateurs et leurs représentants. Lorsque je parle des spécialistes de la santé, je veux parler des médecins, des infirmières, de tous. Les réunir pour voir comment nous pouvons faire face à cet incroyable défi, cette tâche considérable que nous aurons pour l'avenir: mettre sur pied un meilleur système de santé, un système efficace, une meilleure répartition des ressources. Vous devez savoir que le problème de la répartition et de la mauvaise utilisation des ressources est très généralisé, il existe partout. Ce genre de chose doit être fait, mais on ne réussira jamais à mettre les gens d'accord, à obtenir qu'ils se rencontrent, tant que les problèmes du projet de loi C-3 ne seront pas résolus parce que chaque fois que vous essayez de discuter de quoi que ce soit, vous aboutissez toujours à une discussion des principes. Vous savez aussi bien que moi qu'il est impossible de négocier des principes; on peut négocier des politiques, on peut négocier des modalités. On peut négocier beaucoup de choses, mais on ne peut pas négocier des principes. Les principes doivent arrêter à un niveau politique. Ce projet de loi, le projet de loi C-3, représente une étape de cette démarche. Comme nous l'avons déjà fait chaque fois qu'un secteur du Canada a besoin d'une attention particulière, par exemple les provinces de l'Atlantique, je vois mal comment le gouvernement fédéral pourrait ignorer cette réalité en période d'expansion et de développement. Je peux vous assurer que si j'appuie ce projet de loi, c'est dans la mesure où il n'exclut pas la possibilité d'accorder une attention spéciale aux provinces de l'Atlantique s'il s'avère à un moment donné, après que ce dialogue aura été amorcé, que vous avez besoin de capital pour implanter un meilleur système.

M. Fogarty: Voilà qui fait plaisir à entendre.

M. Breau: Merci.

Le vice-président: *That is it?*

M. Breau: Si j'ai le temps, je peux ajouter qu'à Tracadie au Nouveau-Brunswick . . .

Le vice-président: En fait, monsieur Breau, vous l'avez.

M. Breau: À Tracadie, au Nouveau-Brunswick, il ne reste plus un seul Conservateur: il reste beaucoup de Conservateurs.

Le vice-président: C'est la différence entre les Tracadies.

M. Breau: Saviez-vous qu'il y avait un Tracadie en Nouvelle-Écosse également?

Le vice-président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président. Monsieur le ministre, au début de vos observations, vous avez dit que vous aviez fait part au ministre de la Santé fédéral, à ses collaborateurs, de vos préoccupations à propos de l'assurance-santé et que vous aviez également formulé des suggestions de modification. Je ne vous demande pas ce qui s'est passé ni dans quels termes vous vous êtes exprimé, par écrit ou autrement, mais avez-vous soulevé les trois problèmes dont vous nous avez parlé aujourd'hui?

M. Fogarty: Oui.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): Did it include any major concern in addition to the three that are contained within your brief? I make that major comment because you did indicate that there are some details you are going to leave with us today.

Mr. Fogarty: I would think those three would be the major ones that we brought to her attention. The others were, I would think, of a more minor nature.

Mr. Reid (St. Catharines): I rather gather that the process as between levels of government with respect to the leading up to the introduction of Bill C-3 was not the usual process adopted in other federal-provincial relations.

Mr. Fogarty: I have not been involved in too many federal-provincial negotiations but the provincial ministers of health did attempt to work along with our federal counterpart to arrive at some agreement, short of a legislators agreement. That was not possible. I found it very frustrating that we were not able to meet and deal, I believe always constructively, in terms of the so-called crisis in medicare. I think there were many reasons for that. Certainly one would have to be that the federal Minister was not prepared to discuss the funding side of the problem. As I indicated before and still do, and I think many of my provincial colleagues agree, the real crisis in health is funding.

• 1645

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Minister, Mr. Chairman, if there is any crisis in P.E.I., then that is not by reason of the extra-billing or user-fees aspect.

Mr. Fogarty: That is correct.

Mr. Reid (St. Catharines): Let me put it this way: Is your philosophical approach with respect to user fees so rigid or so firm that with the increased costs of expanded medicare needs, technology being introduced, you would impair the quality of medicine rather than introduce user fees?

Mr. Halliday: A good question.

Mr. Fogarty: That is a tough question. On extra-billing we are absolutely and fundamentally firm. If we cannot get some positive response on the funding problem within the next while, meaning the next very few years, then I certainly could not assure this committee that this government or this Minister, or some future government or Minister, would not move in that direction.

In fact, I guess what I am saying is that it has been terribly hard for us to maintain the services we have at present. I think indicated that it may not be possible even to retain what we have for very much longer. If and when that time comes, I think insofar as user fees are concerned, we would have to take a new look and rethink. I guess that is about as far as I can go.

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Cela comprenait les trois principaux problèmes en plus des trois qui figurent dans votre mémoire? Si je tiens à préciser cela, c'est que vous nous avez dit que vous aviez l'intention de nous soumettre des détails aujourd'hui.

M. Fogarty: J'imagine que ce sont les trois principaux problèmes que nous avons portés à son attention. Quant aux autres, ils étaient secondaires.

M. Reid (St. Catharines): J'ai eu l'impression que les relations entre les différents niveaux de gouvernements pendant la période qui a précédé l'introduction du projet de loi C-3 n'ont pas été ce qu'elles sont d'ordinaire entre fédéral et provincial pour ce genre de choses.

M. Fogarty: Je n'ai pas eu l'occasion de participer à beaucoup de négociations fédérales-provinciales, mais les ministres provinciaux de la Santé ont essayé de travailler en collaboration avec leur homologue fédéral pour tenter de se mettre d'accord sans toutefois aller jusqu'à un accord entre législateurs. Cela n'a pas été possible. J'ai été très contrarié de constater que nous ne pouvions pas nous rencontrer pour parler de cette prétendue crise de l'assurance-santé car ce genre de rencontres me semblent toujours très constructives. Cette situation est attribuable à plusieurs raisons, en particulier au fait que le ministre fédéral refusait de discuter de l'aspect financier du problème. Comme je l'ai déjà dit, et j'en suis toujours convaincu, tout comme un certain nombre de mes collègues provinciaux, c'est le financement qui est la véritable crise du secteur de la santé.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le ministre, monsieur le président, s'il y a une crise à l'Île-du-Prince-Édouard, ce n'est certainement pas dû à la surfacturation ou aux frais modérateurs.

M. Fogarty: Précisément.

M. Reid (St. Catharines): À propos des frais modérateurs, est-ce que vos principes sont tellement rigides, tellement inébranlables que vous préféreriez porter atteinte à la qualité de la médecine au lieu d'imposer des frais modérateurs pour faire face à l'augmentation des coûts des soins médicaux causés par la technologie?

M. Halliday: Bonne question.

M. Fogarty: C'est une question difficile. Sur la surfacturation, nous sommes inébranlables. Quant au financement, si d'ici quelque temps nous ne réussissons pas à obtenir une réaction positive, et je veux dire dans les toutes prochaines années, eh bien, je ne peux pas jurer à ce Comité que ce gouvernement ou ce ministre ou un gouvernement ou un ministre futur ne changerait pas d'orientation.

En fait, nous avons eu énormément de mal à maintenir les services que nous avons actuellement. Je crois avoir dit que nous craignons de ne pas pouvoir tenir le coup beaucoup plus longtemps. Si cela se produisait, nous serions forcés de remettre en question la possibilité des frais modérateurs. C'est à peu près tout ce que je peux vous dire.

[Text]

The Vice-Chairman: Mr. Reid, one short last question, please.

Mr. Reid (St. Catharines): Which puts me in a bit of a dilemma. Might I then go back to another comment that was made with respect to intrusion? Maybe we can concern ourselves with block funding, as well.

First of all, the comment was made earlier that if there could be the degree of co-operation necessary there would not be the necessity of a federal Health Act, recognizing the constitutionality of the problem and the degree of co-operativeness that could exist. What other aspects of centralization or areas of intrusion do you foresee that could develop in medicare? I recognize the comments that you made to my friend with respect to amending or changing the definition sections that were questionable within the Act itself.

Mr. Fogarty: Where do you start and where do you stop?

Mr. Reid (St. Catharines): Right. You have expressed that as a fear, and I am asking you what are the grounds for that fear.

Mr. Fogarty: I could catalogue a long list of services where we certainly would be concerned: there is no question about that. I hope it does not come to that. I guess dental and that kind of thing.

Mr. Lachance: It would be removed.

• 1650

Mr. Reid (St. Catharines): May I rephrase my question, Mr. Chairman?

Putting it simply, Mr. Minister, you are here not because of concern with respect to extra-billing and user fees, but because you are concerned about medicare and a treatment that might be meted out to the patients in P.E.I. Are you also concerned that we will not get down to discussing those concerns once this Bill C-3 is passed and behind us, having regard to the traditional history of the past?

Mr. Fogarty: That is absolutely my concern, Mr. Chairman. Absolutely, in the sense that we again will be very, very heavily taxed to keep what we presently have, let alone consider having to add on.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister. Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Mr. Minister, you gave a figure of 34.8% of the tax dollars go for medical care. Are you able to break that down into what percentage goes for the medicare part of it as doctors' fees, what percentage goes for hospital care, and what percentage goes for extended care?

Mr. Fogarty: I can break it down in dollars quickly, Mr. Chairman. Hospital care is costing us about \$80 million; health care or medicare runs about \$20 million; the line

[Translation]

Le vice-président: Monsieur Reid, une dernière question très courte, s'il vous plaît.

M. Reid (St. Catharines): Voilà qui me pose un dilemme; me permettez-vous de revenir sur ce qu'on a dit plus tôt à propos de l'ingérence? Nous pourrions peut-être également nous occuper du financement global.

Pour commencer, on a dit tout à l'heure que si la coopération entre les diverses parties avait été ce qu'elle devrait être, on n'aurait pas eu besoin d'une loi fédérale sur la santé à cause du caractère constitutionnel du problème et de la coopération qui devrait être possible. Est-ce que vous prévoyez d'autres manifestations de centralisation ou d'autres possibilités d'ingérence dans le secteur de l'assurance-santé? Je me souviens de ce que vous avez dit à mon collègue au sujet de la possibilité de modifier certaines définitions de la loi qui vous semblent douteuses.

M. Fogarty: Par où faut-il commencer et jusqu'où faut-il aller?

M. Reid (St. Catharines): Exactement. Pour vous, c'est une crainte, et j'aimerais savoir sur quoi vous fondez cette crainte.

M. Fogarty: Je pourrais vous faire une longue liste de services qui sont pour nous des sujets d'inquiétude: cela ne fait pas de doute. J'espère qu'on n'en viendra pas là. Les soins dentaires, par exemple.

M. Lachance: Ce serait supprimé.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, vous me permettez de répéter la question?

Monsieur le ministre, pour m'exprimer plus simplement, vous n'êtes pas venu nous parler de la surfacturation ou des frais modérateurs, si vous êtes venu, c'est parce que vous vous inquiétez de l'avenir de l'assurance-santé et de celui des patients de l'Île-du-Prince-Édouard. Est-ce que vous craignez également que ces préoccupations ne soient oubliées lorsque le projet de loi C-3 sera adopté, car ce genre de chose s'est déjà vu par le passé?

M. Fogarty: C'est précisément ce que je crains, monsieur le président. Absolument, car je le répète, nous aurons énormément de mal à maintenir les services que nous avons actuellement pour ne pas parler de les augmenter.

Le vice-président: Merci, monsieur le ministre. Docteur Hudecki.

M. Hudecki: Monsieur le ministre, vous nous avez dit que 34,8 p. 100 des revenus fiscaux étaient consacrés aux soins médicaux. Pouvez-vous nous dire quel pourcentage de cette somme est consacré aux honoraires de médecins, quel pourcentage va aux soins hospitaliers, quel pourcentage sert à défrayer les services complémentaires de santé?

M. Fogarty: Monsieur le président, je peux vous donner le détail très rapidement. Les soins hospitaliers nous coûtent environ 80 millions de dollars; les soins de santé ou assurance-

[Texte]

department, the Department of Health and Social Services, is costing us about \$65 million.

Mr. Hudecki: That would be under extended care.

Mr. Fogarty: Extended care would be included there, that is correct.

Mr. Hudecki: You cannot separate the extended care from the hospital care.

Mr. Fogarty: I do not have the percentages at hand, but I might say, Mr. Chairman, we have found this publication of Health and Welfare Canada to be very, useful to us.

The Vice-Chairman: Would you identify the publication, Mr. Minister?

Mr. Fogarty: Yes, it is *National Health Expenditures in Canada between 1970 and 1982* and there is comparative data in it with the United States, as well as provincially based data. That would have that information. I do not have the percentages at hand, but I could give you the global amounts.

Mr. Hudecki: This is my last question. Could you tell me what you provide under extended care? You mentioned social services.

Mr. Fogarty: Well, extended care means different things to different people. Certainly on nursing, institutional-type care, we are spending more money than any other province in Canada, I think by a margin of something like 14%. We find that to be probably the biggest drain of all on our resources.

Mr. Hudecki: Do you include prostheses for children?

Mr. Fogarty: No, not external prostheses.

Mr. Hudecki: Ambulance care?

Mr. Fogarty: Yes, partly.

Mr. Hudecki: That is all.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Hudecki. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I have just one brief comment and one question.

The comment is that we have a document here, Mr. Chairman, that the Minister might like to be aware of. It has got the name on it entitled Canada Health Act. It looks to be a government document, and it says on the bottom of page 2, for Prince Edward Island, that there is extra-billing there to the extent of \$0.05 million per year. I take it that there is some, unless this documentation is out of date or wrong.

Mr. Fogarty: That is a bit of sloppy work; it is not correct.

Mr. Halliday: My question, then . . .

The Vice-Chairman: On a point of order?

[Traduction]

santé, environ 20 millions de dollars; le ministère de la Santé et des Services sociaux nous coûte environ 65 millions de dollars.

M. Hudecki: Et c'est sous ce poste qu'on trouve les services complémentaires.

M. Fogarty: Les services complémentaires sont inclus dans ce poste, c'est exact.

M. Hudecki: Vous ne pouvez pas faire la distinction entre services complémentaires et soins hospitaliers?

M. Fogarty: Monsieur le président, je n'ai pas ces détails, mais je tiens à vous dire que cette publication de Santé et Bien-être Canada nous a été excessivement utile.

Le vice-président: De quelle publication s'agit-il, monsieur le ministre?

M. Fogarty: Il s'agit d'un document intitulé: *Dépenses pour la santé nationale au Canada entre 1970 et 1982*, qui contient des comparaisons avec les États-Unis et également des données provinciales. Vous y trouveriez cette information. Je n'ai pas les pourcentages sous la main, mais je peux vous donner les sommes globales.

M. Hudecki: C'est ma dernière question. Pouvez-vous me dire quels sont les services complémentaires de santé que vous assurez? Vous avez parlé de services sociaux.

M. Fogarty: Eh bien, tout le monde ne comprend pas les services complémentaires de santé de la même façon. Pour les services de soins, les services institutionnels, nous dépensons certainement plus d'argent que toute autre province au Canada. Je pense que nous l'emportons de quelque chose comme 14 p. 100. C'est probablement le secteur qui pèse le plus lourd sur nos ressources.

M. Hudecki: Est-ce que cela comprend les prothèses pour les enfants?

M. Fogarty: Non, pas les prothèses amovibles.

M. Hudecki: Les soins ambulanciers?

M. Fogarty: Oui, en partie.

M. Hudecki: C'est tout.

Le vice-président: Merci, docteur Hudecki. Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je me contenterai d'une observation très courte et d'une question.

Monsieur le président, j'ai sous les yeux un document que le ministre connaît peut-être; il porte un titre: Loi canadienne sur la santé. Apparemment, c'est un document du gouvernement et, en bas de la page 2, pour l'Île-du-Prince-Édouard, on y parle de 0,05 million de dollars par année de surfacturation. J'imagine qu'il doit y avoir une certaine forme de surfacturation à moins que ce document ne soit périmé ou ne se trompe.

M. Fogarty: C'est du travail mal fait, ce n'est pas exact.

M. Halliday: Je pose donc ma question . . .

Le vice-président: Vous invoquez le Règlement?

[Text]

Mr. Lachance: It is not really a point of order. It is just that in fairness we would like to see that document to make sure it really comes from the department.

Mr. Fogarty: Yes, we have that document

Mr. Lachance: You have it.

Mr. Fogarty: I think it came out in the original little red and white book . . .

Mr. Lachance: So that figure is not accurate.

Mr. Fogarty: We have absolutely no selective opting out by our 122 physicians that I am aware of.

Mr. Halliday: My question, Mr. Chairman, is on the subject of the private funding which the Minister has explained to us. I understand the problem with that, and I am wondering about a couple of things. I am wondering whether or not his figure of 120%—and he compares it to the 70% Canadian average, and I accept those figures too—but I wonder what it would be for Ontario where they have premiums. I would look upon that as being private funding as well, so it is probably fairly high for Ontario. Maybe he does not have at hand a comparative figure for your 120%. But my more philosophical question relates to this, Mr. Chairman, I wonder if the Minister is aware of any other countries around the world where they have medical plans where this is not also happening, where private funding as a percentage of the total health care expenditures is not on the increase all the time; I know of no country where that is not happening now. I am wondering how he thinks Bill C-3, by taking away what the federal Minister says is \$100 million of funding out of the system—because that is going to ban that \$100 million of extra-billing she says exists . . . is going to do anything but aggravate the total problem across Canada regarding the need for more and more private funding, and yet she seems to think that is not going to happen, and she is almost preventing it from happening.

• 1655

Mr. Fogarty: My impression is that trend is international, as well as at home. Obviously taking that much money out of the system across Canada is going to impact negatively, and that is why we say as one of the main thrusts here, unless and until our federal government will address this side of the problem our health care system in my province and in this country is in for an awful lot of trouble and difficult days.

The Vice-Chairman: Thank you Dr. Halliday, Mr. Minister for taking the time to appear before us. It is very much appreciated, and we all promise to visit Prince Edward Island next week when Parliament is recessed, if you can guarantee the kind of weather that is portrayed on the cover of your brochure.

Mr. Fogarty: I think we could fairly guarantee that Mr. Chairman, if we can guarantee that Air Canada will still be flying around.

The Vice-Chairman: The Minister of Health for British Columbia, the Honourable James Nielsen, fresh from the trenches of British Columbia.

[Translation]

M. Lachance: Je n'invoque pas vraiment le Règlement, mais en toute justice, j'aimerais voir ce document pour m'assurer qu'il émane bien du Ministère.

M. Fogarty: Oui, nous avons le document.

M. Lachance: Vous l'avez.

M. Fogarty: Je crois qu'à l'origine cela faisait partie du petit livre rouge et blanc . . .

M. Lachance: Et ce chiffre n'est pas exact.

M. Fogarty: Que je sache, aucun de nos 122 médecins n'a choisi de se désaffilier.

M. Halliday: Monsieur le président, ma question porte sur le financement privé dont le ministre nous a parlé. Je comprends bien le problème, mais je m'interroge sur une ou deux choses. Est-ce que son chiffre de 120 p. 100 qu'il compare à 70 p. 100 qui représente la moyenne canadienne, et j'en conviens—quel serait ce chiffre pour l'Ontario où il y a des primes? Pour moi, cela constitue une forme de financement privé et le chiffre est probablement très élevé pour l'Ontario. Peut-être n'a-t-il pas cela sous les yeux, un chiffre qu'on puisse comparer à ces 120 p. 100. Mais je veux aborder un aspect plus philosophique, monsieur le président; est-ce que le ministre connaît d'autres pays dans le monde qui ont des régimes d'assurance médicale et où ce phénomène existe, où le financement privé, considéré comme un pourcentage de l'ensemble des dépenses de la santé, n'augmente pas en permanence. Je ne connais aucun pays où cela se produise à l'heure actuelle. Pense-t-il que le projet de loi C-3 en privant le système de 100 millions de dollars comme le ministre fédéral le prétend—il prétend qu'il y a 100 millions de dollars de surfacturation—fera autre chose que d'aggraver l'ensemble du problème dans tout le Canada. Le problème, c'est que nous avons besoin de plus en plus de financement privé et, pourtant, apparemment elle a l'impression que cela ne se produira pas, elle s'arrange pour que cela ne se produise pas.

M. Fogarty: J'ai l'impression que c'est une tendance internationale, ce n'est pas uniquement chez nous. De toute évidence, en privant le système canadien d'une telle somme, on provoquera des effets négatifs, et c'est la raison pour laquelle nous insistons sur ce point: à moins que le gouvernement fédéral ne s'attaque à cet aspect du problème, notre système de santé dans ma province et dans ce pays va traverser des jours très difficiles.

Le vice-président: Merci, docteur Halliday. Merci, monsieur le ministre pour nous avoir consacré votre temps. Nous l'apprécions beaucoup, nous vous promettons tous d'aller à l'Île du Prince-Édouard la semaine prochaine lorsque le Parlement sera en vacances si vous pouvez nous garantir qu'il fera aussi beau que sur la couverture de votre brochure.

M. Fogarty: Si nous pouvons garantir qu'Air Canada volera toujours, nous pouvons aussi bien vous garantir cela, monsieur le président.

Le vice-président: Le ministre de la Santé de Colombie-Britannique, l'honorable James Nielsen, fraîchement arrivé des tranchées de Colombie-Britannique.

[Texte]

Hon. James Nielsen (Minister of Health, Province of British Columbia): Mr. Chairman the weather is excellent; we were working on our spring tan when we left, but it is predicted to improve.

The Vice-Chairman: I was talking about legislative trenches Mr. Minister.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman may I thank you for making the time available. Because of the coincidence of our budget coming in on Monday, and some other specifics, it was very difficult to determine what would be an appropriate time for me to be before your committee. May I mention that time restraints are upon us? Mr. Lovelace and myself are due out at the airport tonight on a seven-thirty o'clock flight—to be back on the coast in time for the session tomorrow—so if it is appropriate I would like to adjourn my portion of this committee at six o'clock.

The Vice-Chairman: Fine. Mr. Minister could you formally introduce Mr. Lovelace?

• 1700

Mr. Nielsen: Yes. Mr. Lovelace is Executive Director of Planning, Policy and Legislation with the Ministry of Health in British Columbia.

The Vice-Chairman: Thank you.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, it is an unusual situation for a minister from British Columbia to appear before a Commons' committee. I think that point has been made by some of my colleagues previously. We felt that the consideration of the Canada Health Act was such a serious situation, we felt it quite proper that the Minister responsible for health in British Columbia should appear before you. If I may, I have some prepared notes. I have provided a copy to one of your staff. I am sorry that I do not have copies for all members but we have a restraint program in the province...

Mr. Chairman, ladies and gentlemen, it is often claimed by Canadian politicians, whether federal or provincial, that medicare is this country's most significant accomplishment in social legislation. As health minister of one of the provinces which was a forerunner in public health insurance, I am keenly aware that the public at large generally accepts that view. Unfortunately, medicare is quickly becoming a symbol, not of accomplishment in Canada, but of discord. It appears in publications and newspapers as a buzz word for conflict. To the public, the term is probably now recognized as the name of yet another political battleground. It is quite an ironic twist that the program which is aimed at healing the wounded now perhaps suggests something to many Canadians.

The dispute not only involves the senior levels of Canadian government, but the various professions in the health care field have also leapt into the fray along with other interest groups. Among all these viewpoints, there seems to be one area of agreement, and that is: Medicare is in jeopardy. I have said that myself with increasing regularity in recent months. The

[Traduction]

L'honorable James Nielsen (ministre de la Santé, province de Colombie-Britannique): Monsieur le président, la température est excellente, nous commençons notre bronzage de printemps et les choses doivent s'améliorer encore.

Le vice-président: Monsieur le ministre, ce sont des tranchées législatives que je parlais.

M. Nielsen: Monsieur le président, je vous remercie de nous avoir accordé ce temps. Comme notre budget devait être déposé lundi, et pour d'autres raisons, il a été très difficile de déterminer le meilleur moment pour comparaître devant votre Comité. Me permettez-vous de dire que nous sommes pressés par le temps? M. Lovelace et moi-même prenons un avion à l'aéroport ce soir à 7h30 car nous devons être sur la côte pour la séance de demain. J'aimerais donc que l'on me permette de m'absenter de ce Comité à 6 heures.

Le vice-président: Parfait. Monsieur le ministre, pouvez-vous nous présenter M. Lovelace?

M. Nielsen: Oui. M. Lovelace est directeur exécutif chargé de la planification, de la politique et de la législation au ministère de la Santé en Colombie-Britannique.

Le vice-président: Merci.

M. Nielsen: Monsieur le président, il est rare qu'un ministre de Colombie-Britannique compareaisse devant un comité des Communes. C'est une observation que certains de mes collègues ont déjà faite. Nous avons pensé que l'étude de la Loi canadienne sur la santé avait une telle gravité que le ministre responsable de la santé en Colombie-Britannique devait comparaître devant vous. Si vous le permettez, j'ai préparé quelques notes. J'en ai donné un exemplaire à votre personnel. Je suis désolé, je n'en ai pas suffisamment pour tous les députés, mais dans la province, nous avons un programme de restrictions...

Monsieur le président, mesdames et messieurs, les hommes politiques canadiens, qu'ils soient du fédéral ou des provinces, prétendent souvent que l'assurance-santé est la réalisation la plus importante de ce pays en matière sociale. En tant que ministre de la Santé dans une des provinces qui a ouvert la voie dans le domaine de l'assurance-santé publique, je sais parfaitement que dans son ensemble, le public se range à cette opinion. Malheureusement, l'assurance-santé est en train de devenir très rapidement non pas un symbole de réussite pour le Canada, mais un sujet de discorde. Dans les publications et dans les journaux, cela devient synonyme de conflit. Pour le public, c'est en train de devenir un champ de bataille politique parmi tant d'autres. On peut dire avec une pointe d'ironie que ce programme qui doit servir à guérir les blessés commence à prendre d'autres significations pour de nombreux Canadiens.

Le différend ne met pas seulement en cause les sphères supérieures du gouvernement canadien, mais également les diverses professions spécialisées dans la santé qui se sont lancées dans la mêlée avec d'autres groupes d'intérêts. Parmi tous ces points de vue, un seul terrain d'entente: l'assurance-santé est en péril. Je l'ai répété souvent moi-même, et de plus

[Text]

question why should be answered, or at least an answer should be attempted. My answer is clear to myself. I believe medicare is in jeopardy because the federal government seems intent on handcuffing the provincial governments, who have the constitutional responsibility for the medicare and health programs.

B.C.'s exercise of these responsibilities have placed it among the pioneers of publicly financed health care in the country, and reviewing history very briefly in 1949, B.C. became the second province to launch a Public Hospital Insurance Program and our Medical Insurance Plan was started in 1965. In both cases, our programs were established before the federal government entered the field. The federal involvement in hospital and medical insurance that followed has certainly been of great benefit to British Columbians in maintaining these essential programs. No one even attempts to deny that. But it would be equally difficult to deny that the process of co-operative federalism that led to nationwide medicare is breaking down. Like other major federal-provincial programs that have stood the test of time and public acceptance, medicare is the result of consensus. If that consensus is eroded—and that erosion is becoming more and more apparent—the original basis for the program will no longer exist. It seems clear to me that this consensus has been weakened unilaterally as a result of the efforts of the federal government to change the rules of the medicare game.

The development of the Canada Health Act over the past few years has been marked by the almost total absence of meaningful consultation by the federal government with the provincial governments who are responsible for providing the actual programs. I am very much concerned that the bill before this committee is silent on the subject of consultation with the provinces. How can any legislation on this subject have any long-term usefulness if it does not include a formal mechanism for a consultation between the partners in medicare?

To evaluate the usefulness of any piece of legislation, you have to know its purpose. Mr. Chairman, in the case of the Canada Health Act, we are told that its purpose is to prevent the erosion of the basic principles of medicare—as if they were the root of the dilemma facing our health care system. We wonder: Are these principles actually in danger? What are the problems of medicare in terms of its five basic criteria? As Justice Hall's review pointed out in 1980, those basic criteria are being met across Canada and I believe that all provinces still firmly accept these guidelines as perfectly workable rules of the game. No one quarrels with the concept of inter-provincial portability of benefits or a public administration of the medical and hospital insurance programs. No one challenges any provincial plans on the grounds of the comprehensiveness of the insured services. Indeed, most provinces go beyond the basic medical services and cover even more, which brings us to the remaining criteria: universality of coverage and accessibility to services.

[Translation]

en plus souvent au cours de ces derniers mois. Reste à savoir ou à chercher à savoir pour quelles raisons. La réponse que je me fais à moi-même est assez claire: je suis convaincu que si l'assurance-santé est en péril, c'est parce que le gouvernement fédéral s'est mis en tête de paralyser tous les gouvernements provinciaux qui ont la responsabilité constitutionnelle des programmes d'assurance-santé et des programmes de santé.

La façon dont la Colombie-Britannique s'est acquittée de ses responsabilités a fait d'elle un des pionniers de l'assurance-santé publique dans ce pays. Je vous rappelle très rapidement l'historique: en 1949, la Colombie-Britannique a été la deuxième province à lancer un programme d'assurance-hospitalisation public et notre plan d'assurance médicale date de 1965. Dans les deux cas, nos programmes étaient en place avant que le gouvernement fédéral ne s'intéresse à la question. La participation fédérale à l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale a beaucoup fait par la suite pour aider les gens de Colombie-Britannique à maintenir ces programmes essentiels, personne ne cherche à le contester. Mais il serait tout aussi difficile de nier que le processus du fédéralisme coopératif qui nous a conduits à l'assurance-santé nationale est en train de s'effondrer. Tout comme d'autres grands programmes fédéraux-provinciaux qui ont subi l'épreuve du temps et gagné la confiance du public, l'assurance-santé est le résultat d'un consensus. Si ce consensus s'effrite—ce qui devient de plus en plus évident—le fondement même du programme cesse d'exister. Or, je suis persuadé que ce consensus a été affaibli unilatéralement par le gouvernement fédéral lorsqu'il a tenté de changer les règles du jeu de l'assurance médicale.

L'évolution de la Loi canadienne sur la santé au cours de ces dernières années a été marquée par une absence presque totale de consultations entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux qui sont responsables de l'application des programmes. Je m'inquiète sérieusement quand je constate que ce projet de loi que vous avez sous les yeux ne parle nulle part de consultations avec les provinces. Comment une législation de cette nature peut-elle avoir la moindre utilité à long terme si elle ne prévoit pas un mécanisme officiel de consultations entre les partenaires de l'assurance-santé?

Pour évaluer l'utilité d'une législation quelconque, il faut avant tout connaître ses objectifs. Monsieur le président, on nous dit que la Loi canadienne sur la santé doit servir à empêcher l'effritement des principes fondamentaux de l'assurance-santé—comme si c'était à la racine de nos problèmes dans le domaine de la santé. Et nous nous interrogeons: ces principes sont-ils vraiment en danger? Quels sont les problèmes de l'assurance-santé si l'on se fonde sur les cinq critères de base? Comme le juge Hall l'observait en 1980, ces critères de base sont respectés dans tout le Canada et je suis convaincu que toutes les provinces considèrent encore ces directives comme d'excellentes règles du jeu. Personne ne conteste le principe de la transférabilité interprovinciale des prestations ni celui de l'administration publique des programmes d'assurance médicale et hospitalière. Personne n'accuse les provinces de ne pas offrir une gamme de services couverts par l'assurance suffisamment complète. Effectivement, la plupart des provinces ne se contentent pas d'offrir les services médicaux de base pour en couvrir beaucoup plus, ce qui nous amène

[Texte]

[Traduction]

aux critères restants: l'universalité de la couverture et l'accès aux services.

• 1705

It is here that the federal government is alleging that medicare has been weakened, but I do not believe that these allegations can withstand careful scrutiny. Where is the evidence that the provinces' commitment to medicare is wavering? Repeatedly in British Columbia, the Premier, the Minister of Finance and I have stated health care is the B.C. government's number one priority.

In the presentation of his 1984 budget, Monday of this week—the first Canadian budget in memory to reduce year over spending—the B.C. Minister of Finance underlined this commitment. I am pleased to say that of all the ministries of government, only the Ministry of Health will receive increased expenditures next year, \$51 million to make an excess of \$2.5 billion.

If I may, Mr. Chairman, let me use B.C. as an example. In British Columbia, there have been so-called user fees for hospital insurance for more than 30 years. The co-insurance payments, as they are called, have remained nominal. During those years, government's contribution to B.C.'s hospital system has jumped from \$26 million to \$1.3 billion.

The crucial point is this: These charges have not detracted one iota from the universality of hospital insurance coverage. Every permanent resident of B.C. is automatically covered. Charges have not impaired accessibility to hospital services for citizens of the Province of B.C.

Mr. Chairman, I am sure the main reason we receive virtually no negative comments from the citizens of our province is that the patients know they are getting a bargain. They may not know the exact costs; they may not know that for \$8.50 a day, they get hospital care that costs an average of \$300 a day to provide. But I think the citizens are generally aware that the daily charge is a very small fraction of the real cost.

B.C. is, and always has been, prepared to discuss this with the federal government. In the spirit of co-operation and as a further step toward an agreement, the Minister of Finance of B.C. and I are prepared to begin negotiations with our federal counterparts to replace all of our acute care hospital-user charges with a single charge based on family size, levied through the income tax system. We would expect the federal government to administer the charge under the tax collection agreement.

With respect to premiums, B.C. also makes a good case in point because we have always charged premiums for medical insurance coverage. These premiums are more than nominal; they are an important source of revenue, raising approximately

C'est ici que le gouvernement fédéral prétend que l'assurance-maladie est menacée, mais je ne crois pas que cette affirmation résiste à l'examen. Quels sont les indices d'un recul des provinces en matière d'assurance-maladie? En Colombie-Britannique, à maintes reprises, le premier ministre, le ministre des Finances et moi-même avons affirmé que la santé reste la priorité numéro un du gouvernement de la Colombie-Britannique.

Le ministre des Finances de Colombie-Britannique l'a répété en déposant son budget 1984, lundi dernier. De mémoire d'homme, c'est le premier budget au Canada à réduire les dépenses. J'ai le plaisir de vous informer que, de tous les ministères, seul celui de la Santé voit ses dépenses augmenter, l'augmentation étant de 51 millions pour un déficit de 2.5 milliards de dollars.

Permettez-moi, monsieur le président, de prendre la Colombie-Britannique comme exemple. Dans la province, cela fait plus de 30 ans que les patients hospitalisés paient ce que l'on appelle des frais modérateurs. Les versements de co-assurance, comme nous les appelons, restent modiques. Durant toutes ces années, l'apport du gouvernement au système hospitalier de Colombie-Britannique a grimpé de 26 millions à 1.3 milliard.

La considération essentielle est la suivante: ces frais modérateurs n'ont porté atteinte en rien à l'universalité de l'assurance-hospitalisation. Chaque résident permanent de Colombie-Britannique est automatiquement couvert. Les frais n'ont en rien diminué l'accès des citoyens de la province aux services hospitaliers.

Monsieur le président, je suis bien sûr que la principale raison pour laquelle les citoyens de la province ne protestent pas, c'est qu'ils savent bien qu'ils font une affaire. Ils ne connaissent peut-être pas le coût exact, ils ne savent peut-être pas que pour 8.50\$ par jour on leur dispense des soins hospitaliers qui coûtent en moyenne 300\$ par jour. Mais je crois que les citoyens ont conscience que le tarif journalier qui leur est facturé ne représente qu'une toute petite fraction du coût réel.

La Colombie-Britannique est, et a toujours été, disposée à négocier avec le gouvernement fédéral. Le ministre des Finances de Colombie-Britannique et moi-même, pour prouver notre volonté de collaboration et tenter de nous rapprocher d'un accord, sommes disposés à entamer des négociations avec nos homologues fédéraux afin de remplacer les frais facturés aux patients des hôpitaux de soins actifs par une redevance unique perçue au moyen du système d'impôt sur le revenu et fonction de la taille de la famille. Le gouvernement fédéral administrerait la redevance dans le cadre de l'accord sur la perception de l'impôt.

En ce qui concerne les cotisations, la Colombie-Britannique est également un bon exemple puisque la province a toujours pratiqué les primes d'assurance médicale. Leur montant est plus que nominal et constitue une recette importante pour la

[Text]

39% of the cost of our medical insurance plan. Nevertheless, medical insurance coverage in B.C. exceeds the 95% rate stipulated by the universality criterion under the existing federal legislation. In fact, coverage is more than 97%. Naturally, we recognize that the low-income earners and people who suddenly find themselves unemployed may need assistance with their premiums, and more than 450,000 British Columbians receive such assistance. Most pay about 10% of the full rates, or about \$1.50 a month.

Having successfully complied with the five original principles since national medicare was established by federal-provincial consensus, B.C. now finds that the federal government intends to move the goalposts unilaterally.

Clause 10 of the Bill requires that 100% of the population be covered by health insurance; for some reason 95% is not good enough anymore. In our minds, the only explanation for this provision is that the federal government wants all premiums to be abolished, although it does not come right out and say so. I have been under the impression from federal public statements that premiums, unlike user fees, were recognized as a form of taxation that is legitimately within provincial jurisdiction, but Clause 10 appears to contradict that view.

Clause 12 requires that access to health services must not be impeded by charges to insured persons. This provision is obviously based on the assumption that any such charges automatically impede access to services; but as I mentioned earlier, Mr. Chairman, this has not been our experience in over 30 years in British Columbia. If premiums and user charges actually were a barrier to health services, B.C.'s utilization rates for medical and hospital care would surely be lower than those in provinces with no such charges, but in actual fact B.C.'s utilization rates are comparable to those of any other province.

• 1710

Mr. Chairman, I cannot help recalling that when the Established Programs Financing Agreement was concluded in the mid-1970s, neither premiums nor user charges were discouraged. Section 12 of the Canada Health Act was not envisaged then. But EPF was, of course, a true agreement, reached through consultation between equal partners. Having moved the goalposts, the federal government also wants to act as the only referee in a game of its own design. That, at least, is my interpretation of Section 14, which is perhaps the most odious section of this bill. It empowers the federal government to determine unilaterally whether a province is meeting the criteria for funding.

In effect, the federal government would be the sole judge, the final arbiter. Nowhere does the section leave room for the province concerned to make its case, and no mention is made

[Translation]

province puisqu'elles couvrent environ 39 p. 100 du coût du régime d'assurance médicale. Néanmoins, la couverture d'assurance médicale en Colombie-Britannique excède le seuil de 95 p. 100 prescrit par le critère d'universalité de la législation fédérale existante. En fait, la couverture est supérieure à 97 p. 100. Naturellement, nous reconnaissons que ceux qui disposent d'un petit revenu et ceux qui se trouvent soudainement au chômage ont besoin d'aide pour verser leurs primes et nous en offrons à plus de 450,000 citoyens de Colombie-Britannique. La plupart ne paient que 10 p. 100 du tarif plein, soit environ 1.50\$ par mois.

S'étant pliée aux cinq principes énoncés à l'origine lors de l'instauration de l'assurance médicale nationale par consensus fédéral-provincial, la province s'aperçoit maintenant que le gouvernement fédéral veut déplacer unilatéralement les poteaux des buts.

L'article 10 du projet de loi exige que 100 p. 100 de la population soit couverte par l'assurance-maladie; tout d'un coup, pour une raison mystérieuse, 95 p. 100 ne suffit plus. À notre avis, la seule explication de cette disposition est que le gouvernement fédéral souhaite abolir toutes les primes mais sans le reconnaître ouvertement. J'avais retiré l'impression des déclarations publiques fédérales que les primes, contrairement au ticket modérateur, étaient considérées comme une forme d'impôt provincial légitime, mais l'article 10 semble contredire ce postulat.

L'article 12 exige que l'accès aux services de santé ne soit pas gêné par facturation imposée aux assurés. Une telle disposition ne peut être fondée que sur la prémisse que de tels frais automatiquement empêchent l'accès aux services; mais comme je l'ai déjà mentionné, monsieur le président, cela est contraire à l'expérience que nous avons accumulée pendant plus de trente ans en Colombie-Britannique. Si les primes et les frais modérateurs constituaient effectivement une barrière, le taux d'utilisation des soins médicaux et hospitaliers en Colombie-Britannique ne pourrait manquer d'être inférieur à celui des provinces où ces charges n'existent pas, alors qu'en fait ces taux sont très comparables.

Monsieur le président, je ne peux m'abstenir de rappeler que lorsque l'accord sur le financement des programmes établis a été conclu au milieu des années 1970, on n'a découragé les provinces ni de percevoir des primes ni de pratiquer le ticket modérateur. Il n'était pas question alors de ce que nous voyons dans l'article 12 de la Loi canadienne sur la santé. Mais, évidemment, le F.P.E. constituait une entente véritable conclue par la concertation de partenaires égaux. Ayant déplacé les poteaux de but, le gouvernement fédéral veut également être le seul arbitre d'une partie dont il fixe les règles, c'est du moins mon interprétation de l'article 14 qui est peut-être la disposition la plus odieuse du projet de loi. Il donne pouvoir au gouvernement fédéral de déterminer unilatéralement si une province respecte les critères de financement.

En effet, le gouvernement fédéral sera le seul juge, l'arbitre final. Nulle part n'est-il prévu que la province puisse présenter sa version et nulle part ne mentionne-t-on une procédure

[Texte]

of an independent appeal process to adjudicate such decisions. No form of channel for provincial representations and no independent appeal process. We wonder if that is the new spirit of federalism.

It is hard to believe that we are talking about legislation that would govern one of the key federal-provincial programs and one that is constitutionally under provincial jurisdiction at that. From a constitutional standpoint, Section 14 is the worst provision of this bill. From a financial point of view, Sections 15, 19 and 20, which specify penalties against provinces that do not conform, are equally damaging.

Mr. Chairman, if I may, let me give you some examples of the dilemma that B.C. could face if those penalties were imposed. In British Columbia, we have added an extensive range of benefits to our medical insurance program that are not covered by our cost-sharing arrangements with the federal government. These include chiropractic services, optometry, podiatry, naturopathy and physiotherapy. They are no doubt a valuable embellishment of the basic medicare program for those who need them. These additional benefits currently cost our province approximately \$50 million a year.

Mr. Robinson (Burnaby): On a point of order, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Mr. Robinson.

Mr. Robinson (Burnaby): I wonder, just as it was suggested with the previous witness, if perhaps the witness might like to have his brief appended to the minutes of the committee, in view of the limited time that the Minister has indicated he has with the committee. Perhaps we might make the same suggestion to this witness, that he might summarize his remarks and then move to questioning.

Mr. Nielsen: I think, Mr. Chairman, I could conclude in five minutes.

The Vice-Chairman: Fine.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, I think the aforementioned additional benefits to our medical care plan indicate and show a good example of what a province can accomplish on its own initiative.

Because it is programs such as these which B.C. would be forced to reconsider if Ottawa were to withhold from its cash grant an amount similar to the revenues from B.C.'s hospital charges for acute care and extended care. In the coming year, hospitals in B.C. will realize approximately \$70 million from those charges. But if the Canada Health Act is passed in its present form, the charges will incur penalties. B.C. would have to make up the difference.

Mr. Chairman, if our government has to come up with another \$70 million to maintain our basic hospital services, we would be hardpressed to continue such desirable but non-

[Traduction]

d'appel devant un tribunal indépendant. Aucun moyen d'intervention provinciale, aucune procédure d'appel indépendante. Est-ce là le nouvel esprit du fédéralisme?

On a peine à croire qu'il s'agit là d'une loi qui régirait l'un des programmes fédéraux-provinciaux clés dans un domaine que la Constitution assigne à la compétence provinciale. Du point de vue constitutionnel, l'article 14 est la pire disposition de ce projet de loi. Du point de vue financier, les articles 15, 19 et 20 qui imposent des pénalités aux provinces qui ne se conforment pas, sont également néfastes.

Monsieur le président, si vous me permettez, j'aimerais vous donner quelques exemples du dilemme auquel la Colombie-Britannique se trouverait confrontée si ces pénalités étaient imposées. La Colombie-Britannique a ajouté une gamme très complète de prestations à notre programme d'assurance-maladie qui ne sont pas couvertes par l'accord de financement avec le gouvernement fédéral, et notamment, les services de chiropractie, d'optométrie, de pédicurie, de naturopathie et de physiothérapie. Il est pas douteux que, pour ceux qui en ont besoin, cela représente un complément de valeur du programme d'assurance-maladie de base. Ces prestations supplémentaires coûtent actuellement à la province près de 50 millions de dollars par an.

M. Robinson (Burnaby): J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le vice-président: Monsieur Robinson.

M. Robinson (Burnaby): Peut-être pourrait-on procéder comme pour les témoins précédents et inviter le témoin à annexer son mémoire au procès-verbal de la séance, étant donné le peu de temps que le ministre peut nous consacrer. Nous pourrions donc proposer au témoin de résumer ses propos pour pouvoir passer plus rapidement aux questions.

M. Nielsen: Monsieur le président, je crois que je peux terminer en cinq minutes.

Le vice-président: Bien.

M. Nielsen: Monsieur le président, je crois que les prestations supplémentaires que j'ai citées sont un bon exemple de ce qu'une province peut faire de sa propre initiative.

Ce sont justement des programmes de ce genre que la Colombie-Britannique serait contrainte de revoir si Ottawa devait retenir, sur ses versements, un montant égal aux recettes que la Colombie-Britannique tire des frais modérateurs perçus sur les soins actifs et de longue durée. Les hôpitaux de Colombie-Britannique percevront l'année prochaine près de 70 millions au titre du ticket modérateur. Si la Loi canadienne sur la santé est adoptée dans sa forme actuelle, une sanction d'un montant similaire sera imposée et la Colombie-Britannique devra financer la différence.

Monsieur le président, si notre gouvernement doit trouver 70 millions de plus pour préserver notre service hospitalier de base, il nous serait très difficile de maintenir des programmes, certes souhaitables mais non essentiels, tels que ces prestations

[Text]

essential programs such as the \$50-million worth of additional medicare benefits.

But a more drastic example involves B.C.'s comprehensive long-term care program, introduced six years ago. We are especially proud of that program which provides affordable care at the personal and intermediate care levels, both in a person's home or a residential facility. It serves nearly 50,000 people, mainly senior citizens, at a cost of approximately \$300 million a year. Mr. Chairman, the \$300 million is very close to the amount raised by our medicare premiums. If long-term care had to suffer because of the proposed penalties, it would be a most ironic fate for a program which was made possible by the flexibility of the 1977 block-funding arrangement.

Mr. Chairman, the entire direction of this bill is to restrict the range of health services provided through federal-provincial funding. The Canada Health Act focuses so completely on conventional hospital and medical services that other vital programs, such as preventive and rehabilitative services, will not receive the priority they deserve. Mr. Chairman, Canadians deserve much better than that for a future vision of their health care system. I believe the place to start the process is by abandoning the Bill and embarking on a consultative process that would have, as its first objective, defining and reaching consensus on the real problems facing medicare.

• 1715

One obvious area for examination would be the question of the adequacy of funding, a question one government cannot answer on its own.

Mr. Chairman, a few more comments, if I may. We are frequently advised that the federal government's intent is to contribute approximately 50% of the medicare costs. Using the federal government's figures, Ottawa contributes in cash and tax points approximately 43.2% of the funding for the cost-shared health programs in B.C. and only 37.4% of the entire B.C. health system. In order to continue to finance our health care system in this period of restraint, and in the face of what we perceive to be federal under-financing, the B.C. Minister of Finance announced a health care maintenance tax in the form of an 8% surcharge to be phased in over two years on provincial personal income tax—with great reluctance, I might add. It is our hope that successful negotiations with the current federal administration on equitable cost sharing would allow us to remove that surtax.

Mr. Chairman, it is not only the financial questions that should be addressed and solved on a mutual basis. The scope of the insured health care services themselves must also be determined by consensus.

Mr. Chairman, if I may conclude by offering what I believe to be a reasonable position from British Columbia. First let us

[Translation]

supplémentaires d'assurance-maladie d'une valeur de 50 millions.

Une autre difficulté plus sérieuse frapperait le programme de soins de longue durée que la province a introduit il y a six ans. Nous en sommes particulièrement fiers car il assure des soins à un tarif avantageux au niveau personnel et intermédiaire, aussi bien à domicile que dans un foyer. Il profite à près de 50,000 personnes qui sont principalement des personnes âgées, pour un coût de 300 millions par an. Monsieur le président, ce montant est très proche de ce que nous percevons au titre des primes d'assurance-maladie. Ce serait une triste ironie du sort qu'un programme qui a été rendu possible par la souplesse de l'accord de financement de 1977 doive souffrir de l'imposition de ces pénalités.

Monsieur le président, tout ce projet de loi aboutit à restreindre la gamme des services de santé financés conjointement par le niveau fédéral et le niveau provincial. La Loi canadienne sur la santé se concentre tellement sur les services hospitaliers et médicaux conventionnels que d'autres programmes vitaux, tels que les services de prévention et de réadaptation, ne pourront pas recevoir la priorité qu'ils méritent. Monsieur le président, les Canadiens méritent un meilleur avenir que cela pour leur système de soins de santé. Je crois que la meilleure façon d'entamer le processus serait d'abandonner le projet de loi et d'ouvrir une concertation dont le premier objectif serait de définir et de régler les problèmes véritables auxquels l'assurance-maladie est confrontée.

L'un des sujets de réflexion les plus évidents serait le niveau de financement car c'est une question auquel aucun gouvernement ne peut répondre seul.

Monsieur le président, j'aurais quelques autres remarques, si vous me permettez de les faire. On nous dit souvent que le gouvernement fédéral a pour objectif d'apporter environ 50 p. 100 du coût de l'assurance-maladie. Si l'on reprend les chiffres du gouvernement fédéral lui-même, Ottawa contribue en espèces et sous forme de points fiscaux environ 43,2 p. 100 du financement des programmes de santé à frais partagés en Colombie-Britannique et 37,4 p. 100 seulement de tous les frais de santé en Colombie-Britannique. Pour pouvoir continuer à financer notre système de santé dans cette période de rigueur, et face à ce que nous considérons comme un manque de financement fédéral, le ministre des Finances de la province a annoncé une taxe de maintien des soins de santé prenant la forme d'un prélèvement supplémentaire de 8 p. 100 sur l'impôt sur le revenu provincial, prélèvement qui sera instauré par étapes sur deux ans. J'ajouterai qu'il le fait avec beaucoup de réticence. Nous espérons que les négociations avec l'administration fédérale actuelle sur un partage équitable des coûts nous permettront de supprimer cette surtaxe.

Monsieur le président, il n'y a pas que les problèmes financiers qu'il faut attaquer et résoudre de façon concertée. Il faut également se mettre d'accord sur la gamme des services de santé à couvrir.

Monsieur le président, je conclurai en soumettant ce que je considère comme une position raisonnable de la Colombie-

[Texte]

put the Canada Health Act aside and start to review the medicare problems from scratch. In a consultative process that involves all provinces, as well as the federal government, and acknowledges that health care lies squarely within the constitutional jurisdiction of the provinces.

Second, let us recognize that health care has come to mean much more than the traditional curative hospital and medical approach.

Third, let us insure the new funding system provides the provinces with adequate funding for the programs they devise individually to meet the specific needs of their populations.

Mr. Chairman, I have already outlined a specific suggestion for a tax-based charge as an alternative to hospital-user charges. But what we require is for the federal government to live up to its full commitment to British Columbians, to share more equally with the Government of B.C. the costs of health care.

Finally, let us complete the process with a federal-provincial agreement that will provide the flexibility to allow each province to administer its health programs without having to conform to rigid guidelines that are imposed, or altered unilaterally, by only one of the parties to the agreement.

Mr. Chairman, I appreciate very much the time you allowed me to offer you the British Columbia position and I would be most pleased to hear from any Members of the committee.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister, for doing that as expeditiously as possible.

I remind the committee that we are under some time constraints. I am going to cut down on the first round to seven minutes and the second round to about four.

Do we have a speaker? Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman, I wanted to welcome the Minister and Mr. Lovelace here and tell them that I am sure we are all delighted he has seen fit to come to this kind of a committee hearing. It does not happen often that we get provincial Ministers here. I wish we saw it more often. I think we stand to learn a lot by having your opinions expressed to us directly, as you have been able to do today.

Mr. Chairman, I find it very difficult to take exception to much of what the Minister has said. He has identified the problems of Bill C-3; he has identified the lack of consultation that has existed; he has indicated some of the tragedies that would result in B.C. if this Bill has to go through unamended, in terms of having to give up some of the good programs that they now have in existence outside the traditional medical and hospital types of programs. I am sure he is suggesting to the federal Minister that she should be aware of that kind of damaging effect that will occur.

[Traduction]

Britannique. Commençons par mettre de côté la Loi canadienne sur la santé et revoyons les problèmes d'assurance-maladie depuis le début par un processus de consultation qui réunisse toutes les provinces et le gouvernement fédéral et qui reconnaisse que la santé relève de façon non équivoque de la compétence constitutionnelle des provinces.

Deuxièmement, reconnaissons que la santé ne se limite plus à l'approche hospitalière et médicale curative traditionnelle.

Troisièmement, tâchons que ce nouveau régime de financement assure aux provinces des ressources suffisantes pour dispenser les programmes qu'elles mettront en oeuvre individuellement en vue de répondre aux besoins particuliers de leur population.

Monsieur le président, j'ai déjà esquissé la proposition précise d'un prélèvement fiscal comme substitut du ticket modérateur hospitalier. Ce dont nous avons besoin en réalité est que le gouvernement fédéral s'acquitte pleinement de ses obligations vis-à-vis de la Colombie-Britannique et partage plus équitablement avec le gouvernement provincial le coût des soins de santé.

Enfin, parachevons ce processus par un accord fédéral-provincial qui donne à chaque province la latitude d'administrer ses propres programmes de santé sans devoir se conformer à des critères rigides qui peuvent être imposés ou modifiés unilatéralement par une seule des parties à l'accord.

Monsieur le président, je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour exposer la position de la Colombie-Britannique et je me ferai un plaisir de répondre aux questions des membres du comité.

Le vice-président: Je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir été aussi concis que possible.

Je rappelle aux membres du Comité que nous sommes limités par le temps. Je suis obligé de réduire le premier tour de parole à sept minutes et le deuxième à quatre minutes environ.

Qui souhaite intervenir? Docteur Halliday.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président. Je tiens à souhaiter la bienvenue ici au ministre et à M. Lovelace et à leur dire combien nous sommes ravis qu'ils aient jugé bon de venir participer à nos travaux. Il est rare que nous recevions les ministres provinciaux ici et je souhaiterais les voir plus souvent. De nous exprimer vos opinions directement, comme vous l'avez fait aujourd'hui, ne pourra manquer de nous être bénéfique.

Monsieur le président, je ne trouve pas grand-chose à contester dans ce que le ministre nous a dit. Il a mis en lumière les problèmes que pose le Bill C-3, il a fait ressortir le manque de concertation qui existe, il a esquissé certaines des tragédies qui résulteraient en Colombie-Britannique du passage sans amendement de ce projet de loi, dans la mesure où la province devra abandonner certains des excellents programmes qu'elle applique actuellement en dehors de la sphère traditionnelle des soins médicaux et hospitaliers. Il attire l'attention du ministre fédéral sur les conséquences néfastes qui en découleront.

[Text]

Given the fact that we accept his criticism of the Bill, I wanted to ask him just a couple of questions. First of all, supposing that this Bill is not significantly amended, does his government intend to challenge us in the courts?

Mr. Neilsen: Mr. Chairman, I direct this to the Member. We had not concluded that we will challenge it in the courts, but I would think that the Attorney General's ministry has been examining the possibility. I would certainly recommend that if the Bill goes through, without significant amendments, it indeed be challenged in the courts. We have had some legal opinions but because we are dealing with lawyers we have had two opinions.

• 1720

The Vice-Chairman: At least.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, we understand from the Minister and other sources that there is really no significant extra-billing at the present time in B.C. Could he explain to us how he is able to arrive at that situation? Is it by consensus with the doctors, rather than by legislation? Maybe you could elaborate briefly on that.

Mr. Neilsen: We did legislate something short of consensus. Extra-billing had not been a factor in life in British Columbia. At the conclusion of the 1981 agreement with the British Columbia Medical Association, it became clear that the BCMA did not appear to wish to reach an agreement, but rather use a section of the master agreement which allowed them to extra bill, or balance bill—or as they so delicately put it, “patient participation”—at the conclusion of the agreement if a new agreement were not signed.

They advised me at midnight that evening that effective the next day they would begin extra-billing; I advised them that the next day I would introduce a Bill prohibiting it, which we did and which was passed unanimously by the House, so in British Columbia extra-billing is prohibited by legislation. With the effect, Mr. Member, that not one physician—I believe it is correct—has opted out, I suppose partly because the B.C. fee schedule is the highest in the country, and the doctors do reasonably well financially; none have opted out, and I think they generally agree now that extra-billing is just not a factor in British Columbia.

Mr. Halliday: Mr. Chairman I might just observe that these are two examples in a row of where this document that came with the proposal from the federal Minister is wrong, because it says in this document “virtually all doctors in B.C. have agreed not to opt out of the plan or extra bill”. Apparently it is not by agreement.

Mr. Chairman my next question . . .

Mr. Breau: He should have called it off . . .

Mr. Halliday: It is just another example of the inaccuracies of our federal government.

[Translation]

Vu que nous acceptons sa critique du projet de loi, je voudrais lui poser quelques questions. Tout d'abord, à supposer que le projet de loi ne soit pas modifié radicalement, son gouvernement a-t-il l'intention de le contester en justice?

M. Nielsen: Monsieur le président, je répondrai ceci. Nous n'avons pas pris de décision à ce sujet mais j'imagine que le procureur général s'est penché sur la possibilité. Pour ma part, je recommanderai certainement, si le projet de loi est adopté sans modification majeure, qu'il soit contesté en justice. Nous avons demandé des avis juridiques mais, comme toujours avec les juristes, ils sont contradictoires.

Le vice-président: C'est évident.

M. Halliday: Monsieur le président, le ministre et d'autres sources nous ont appris que la surfacturation n'est guère pratiquée à l'heure actuelle en Colombie-Britannique. Pourrait-il nous expliquer comment on en est arrivé à cette situation? Est-ce par suite d'un accord avec les médecins ou bien par le biais d'une législation? Pourriez-vous nous éclairer brièvement à ce sujet?

M. Neilsen: Nous avons adopté une loi, à défaut d'accord. La surfacturation était pratiquement inconnue en Colombie-Britannique. À l'expiration de l'accord de 1981 avec l'Association des médecins de Colombie-Britannique, il est devenu évident que celle-ci ne souhaitait pas aboutir à un nouvel accord, mais plutôt invoquer un article de l'accord-cadre qui autorisait les médecins à surfacturer, à percevoir des honoraires complémentaires, ou comme ils le disent si délicatement, à demander une «participation du patient» si un nouvel accord n'était pas signé.

Ils m'ont informé un soir à minuit que, à partir du lendemain, ils commenceraient à surfacturer; je les ai informés que le lendemain je déposerais un projet de loi pour l'interdire, ce que nous avons fait, la loi ayant été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée législative si bien qu'aujourd'hui en Colombie-Britannique, la surfacturation est interdite par la loi. Il en est résulté que pas un seul médecin n'a choisi de se déconventionner, en partie, je crois, parce que le barème d'honoraires de Colombie-Britannique est le plus élevé du pays et que les médecins ont des revenus confortables; aucun ne s'est déconventionné et je crois que, dans l'ensemble, la surfacturation est inexistante en Colombie-Britannique.

M. Halliday: Monsieur le président, je voudrais faire remarquer que voilà deux exemples qui montrent que le document soumis par le ministre fédéral avec le projet de loi est entaché d'erreurs, car on y dit que «virtuellement tous les médecins de la Colombie-Britannique ont accepté de ne pas se déconventionner ou de ne pas surfacturer». Apparemment, cela n'est pas de leur plein gré.

Ma question suivante, monsieur le président . . .

M. Breau: Il aurait dû l'annuler . . .

M. Halliday: C'est un autre exemple des inexactitudes répandues par notre gouvernement fédéral.

[Texte]

The Vice-Chairman: Order please, misleading information.

Mr. Halliday: The doctors have not agreed, obviously. Mr. Chairman we have had an interesting representation from CAIR, the Canadian Association of Interns and Residents, and they are expressing concerns because your government seems to be moving towards prohibiting, by way of preventing the giving of numbers for the medical care plan to physicians, that they will not practice where you want them to practice. It seems a shocking sort of approach to a restriction of professional services, and I am wondering whether you want to comment? Could you also address the problem that apparently you are graduating more and more physicians from your medical schools at a time when you are proposing to limit their opportunity to work within the medical care plan?

Mr. Neilsen: Mr. Chairman we have put a proposal before the B.C. Medical Association with respect to the manpower requirements in our province. The statistics indicate that British Columbia is seriously over-doctored, but more particularly in three areas of the province: Greater Vancouver, Greater Victoria and the Okanagan Valley.

The numbers in those areas, by comparison to any other section of Canada, to us are very, very serious. We recognize there is an identifiable cost associated with each doctor who has a billing number in the province. We have ratios of 1 doctor to 360 people in the Greater Victoria area; across the province, 1 to 467; in Greater Vancouver, 1 to 339. Compared to all other sections of the country, we appear to be heavily over-doctored.

We have discussed the matter with the BCMA, and I believe they have agreed in principle that there should be some restriction in these three areas of the province. What we have suggested is that in Greater Vancouver, Victoria and the Okanagan a local manpower committee would have a responsibility of making a recommendation to the medical services plan as to the need to licence yet another doctor in that area, or at least to provide them with a billing number.

I appreciate the concern the interns have, and we have been meeting with them; we have had some discussion. I think the medical profession agrees that we must take some action to try to prevent the proliferation of doctors coming to British Columbia.

Mr. Hudecki: They go there to retire, do they not, sir?

Mr. Neilsen: They go there for two reasons I think: the fee has a certain attraction, and many do go to retire.

[Traduction]

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Halliday: Les médecins, à l'évidence, n'étaient pas d'accord. Monsieur le président, nous avons entendu une intervention intéressante de l'Association canadienne des internes et résidents qui disaient s'inquiéter de ce que votre gouvernement semble vouloir leur interdire d'ouvrir un cabinet là où ils le souhaitent, en refusant de leur attribuer un numéro aux fins du régime d'assurance-médicale. Cela me paraît une tactique choquante pour restreindre la liberté des services professionnels et j'aimerais connaître votre position. J'aimerais également que vous traitiez du problème qui consiste dans le fait que de plus en plus de médecins sortent des écoles de médecine au moment même où vous leur interdisez de pratiquer dans le Régime d'assurance-maladie.

M. Neilsen: Monsieur le président, nous avons soumis à l'Association des médecins de Colombie-Britannique une proposition concernant les besoins en effectifs médicaux de la province. Les statistiques montrent que la Colombie-Britannique connaît un grave excédent de médecins, mais plus particulièrement dans trois régions: l'agglomération de Vancouver, l'agglomération de Victoria et la Vallée de l'Okanagan.

Le nombre de médecins dans ces régions, comparé à celui d'autres régions du Canada, est extrêmement préoccupant. Nous savons que chaque médecin qui dispose d'un numéro de facturation de la province est un facteur de coût identifiable. Nous avons des taux d'un médecin pour 360 habitants dans l'agglomération de Victoria, pour un taux de 1 pour 467 en moyenne dans la province; dans l'agglomération de Vancouver, ce taux est de 1 pour 339. Comparés à la moyenne du pays, nous semblons posséder un gros surplus de médecins.

Nous en avons discuté avec l'Association des médecins qui a accepté le principe de restrictions dans ces trois régions. Nous avons proposé que, dans l'agglomération de Vancouver et de Victoria et dans la Vallée de l'Okanagan, un comité local des effectifs serait chargé de formuler des recommandations quant à la nécessité d'accorder un permis à un nouveau médecin ou de lui octroyer un numéro de facturation.

Je comprends très bien l'inquiétude des internes et je les ai d'ailleurs rencontrés. Je crois que la profession médicale admet qu'il faut agir pour essayer d'éviter la prolifération de médecins en Colombie-Britannique.

M. Hudecki: Mais ils y vont prendre leur retraite, n'est-ce pas?

M. Neilsen: Ils viennent pour deux raisons, je crois: les honoraires sont intéressants et beaucoup y prennent leur retraite.

• 1725

The medical graduating class at UBC I believe is 120 this year, and I believe it will be increased to 130 at some time. The proportion of doctors produced by our universities in B.C. is still relatively small compared to a per capita allocation. We believe that our people in British Columbia should have the

Le nombre d'étudiants en dernière année de médecine à l'université de Colombie-Britannique est de 120 cette année, je crois, et sera porté à 130 dans quelque temps. La proportion de médecins produits par nos universités reste relativement faible comparée au taux per capita. Je pense que nos jeunes de

[Text]

opportunity of going through medical school. We do not think 130 doctors per year, or 120, is going to create that much of a problem because we have been bringing in approximately 350 per year from outside the province. We think it is a matter of trying to persuade some not to set up shop in the greater Vancouver, greater Victoria and Okanagan areas.

Mr. Halliday: Two supplementaries?

The Vice-Chairman: One last short question.

Mr. Halliday: Just on what has gone before. Why would the minister not feel that a carrot is better than a stick to offer to physicians to get them up to the under-serviced areas? And are you actually taking more medical students into your schools, admitting more now in the first year than you were previously?

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, I believe we are taking more in the first year now, but there is an upper limit which has been established for graduating classes. We have offered some carrots to move physicians to under-doctored areas with relatively limited success. And again, the question has been before the BCMA and other health professional committees to try to determine how we can move doctors into areas which require them. But we understand it is a national problem and there does not seem to be a quick resolution to it.

We are quite prepared to embellish the fee schedule for remote areas, if that will be necessary to attract physicians. We have also taken steps to develop personal contracts with certain physicians in certain areas of the province, to provide services for at least a limited period of time, but the turnover is very, very high. We recognize that even by limiting billing numbers in three main areas of the province, this does not automatically suggest the other areas will receive medical doctors. We recognize that. It is two different areas.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Halliday.

Before I go to Mrs. Mitchell, Mr. Minister, there seems to be a conflict between testimony received before us on behalf of the BCMA by the President, Dr. McPherson. When asked this specific question, I believe by Dr. Halliday or Mr. Blaikie, Dr. McPherson said he supported the amendment proposed by the Canadian Association of Interns and Residents which directly attacks what you have done in B.C. through an amendment to this bill. You have stated that the BCMA supports what you have done in principle. There seems to be a conflict there.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, we introduced a Medical Services Act last session, which died on the order paper. We have not yet developed the process for limiting billing numbers. It is our intent to do so and we have been working with the BCMA for some time in attempting to put together the structure. The BCMA has agreed to take part in local manpower committees. I doubt very much if the BCMA or any medical association would endorse a policy which would suggest that government is interfering with their livelihood in

[Translation]

Colombie-Britannique doivent jouir de la possibilité de faire des études de médecine. Nous ne pensons pas que 130 médecins par an, ou 120, va causer beaucoup de problèmes si l'on songe que nous en recevons environ 350 par an venant de l'extérieur. Je crois qu'il s'agit de les persuader de ne pas ouvrir de cabinet dans l'agglomération de Vancouver ou dans celle de Victoria, ni dans la vallée de l'Okanagan.

M. Halliday: Deux questions supplémentaires?

Le vice-président: Une dernière brève question.

M. Halliday: Sur ce même sujet. Pourquoi le ministre ne juge-t-il pas que la carotte vaut mieux que le bâton pour inciter les médecins à s'installer dans les régions qui en manquent? Aussi, recevez-vous actuellement plus d'étudiants en médecine dans vos facultés, en admettez-vous davantage en première année qu'auparavant?

M. Nielsen: Monsieur le président, je crois que nous en admettons davantage en première année, mais un quota a été fixé pour la dernière année. Nous avons offert quelques carottes pour inciter les médecins à s'installer dans les régions sous-médicalisées, mais avec un succès assez limité. Là encore, la question a été soumise à l'Association des médecins et aux autres comités des professionnels de la santé afin de voir comment inciter les médecins à s'établir dans les régions où l'on en a besoin. Nous croyons savoir qu'il s'agit là d'un problème national auquel il n'existe pas de solution rapide.

Nous sommes tout à fait disposés à embellir le barème des honoraires dans les régions isolées si cela est nécessaire pour y attirer les médecins. Nous avons également pris des mesures pour nouer des contacts personnels avec certains médecins dans certaines régions de la province afin d'y assurer un service au moins pendant une période limitée, mais le taux de rotation est extrêmement élevé. Nous savons bien que de limiter les numéros de facturation dans les trois premières régions de la province ne va pas automatiquement entraîner l'installation des médecins dans les autres. Ce sont deux problèmes différents.

Le vice-président: Je vous remercie, docteur Halliday.

Avant de donner la parole à M^{me} Mitchell, il semble, monsieur le ministre, qu'il y a divergence entre ce que vous dites et ce que nous a dit le président de la BCMA, le Dr. McPherson. Lorsque le Dr. Halliday ou M. Blaikie lui a posé cette question précise, le Dr. McPherson a dit qu'il appuyait l'amendement à ce projet de loi proposé par l'Association canadienne des internes et des résidents et qui s'attaque directement à ce que vous avez fait en Colombie-Britannique. Vous avez déclaré que la BCMA a donné son accord de principe. Il semble y avoir là une contradiction.

M. Nielsen: Monsieur le président, nous avons introduit lors de la dernière session une loi sur les services médicaux, mais la dissolution est intervenue avant qu'elle soit votée. Nous n'avons pas encore mis au point le mécanisme de contingentement des numéros de facturation. Nous avons l'intention de le faire et cela fait déjà quelque temps que nous consultons la BCMA à ce sujet. L'Association des médecins a accepté de siéger au comité des effectifs locaux. Je doute beaucoup que la BCMA ou toute autre association médicale accepte d'un cœur

[Texte]

that way, but I believe in British Columbia we will see a committee process which will work, and in which the BCMA will play a significant role.

Mr. Robinson (Burnaby): Mr. Chairman, just on a question of privilege here. I am sorry, because I know it is not my time, but surely the Minister is aware that his own department in fact already has a system in place for restricting doctors. I have a copy of a letter here which was sent to a doctor who wants to come to British Columbia, who in fact is being told that only if he applies pursuant to provisions of a mechanism which is already well established and which restricts access—even though the legislation has not been passed—can he practice in British Columbia. So I think perhaps the Minister would want to correct the record when he suggests that there has not been any step taken to implement this legislation.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, the legislation is not law of the province. We do have processes, of course—always have had processes—by which a person may apply to receive a billing number in British Columbia. Perhaps, Chris, you might wish to explain that process because it has not changed over the years.

Mr. Chris Lovelace (Executive Director, Planning, Policy and Legislation, British Columbia Ministry of Health): Yes. I think there is a teeny bit of confusion here. Indeed there is a process in place. That process is not actively being applied to deny billing numbers, but rather is being applied in an administrative sense to develop the process itself, that is, the administrative structure itself.

• 1730

What we have established is a provincial medical manpower committee with representation of our interns, BCMA, the College of Physicians and Surgeons, the University of British Columbia Medical School and the B.C. Health Association representing the teaching hospitals. It is developing guidelines, which in turn are being distributed to local medical manpower committees and hospitals in the province.

What we have asked of medical practitioners applying for billing numbers is that they go through the process. We feel we have always had the authority under existing legislation to issue billing numbers. Indeed, we always have issued billing numbers under existing legislation. That has not changed; the Minister is quite correct. The point is that there is a process in place which is being developed. It is being developed under the existing legislation and not under the legislation that died under the Order Paper.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Lovelace. I feel I must interrupt here.

Mr. Robinson (Burnaby): Certainly that clarifies it.

[Traduction]

joyeux une politique qui limite la liberté d'établissement des médecins de cette façon, mais je crois que nous arriverons à instituer un mécanisme de comités en Colombie-Britannique qui donnera de bons résultats et dans lequel la BCMA jouera un rôle majeur.

M. Robinson (Burnaby): Monsieur le président, question de privilège. Je m'excuse, je sais que ce n'est pas mon tour d'intervenir, mais le ministre doit bien savoir que son propre ministère a déjà mis en place un système de contingentement des médecins. J'ai ici une copie d'une lettre qui a été adressée à un médecin qui souhaitait s'installer en Colombie-Britannique et qui lui dit que, à moins qu'il fasse demande conformément aux dispositions d'un mécanisme qui est déjà bien implanté et qui limite l'accès, même si la loi n'a pas encore été adoptée, il ne pourra pas exercer en Colombie-Britannique. Le ministre voudra peut-être rectifier ce qu'il disait concernant l'absence d'un tel mécanisme.

M. Nielsen: Monsieur le président, ce n'est pas une loi. Nous avons une procédure, bien sûr—nous en avons toujours eu une—qu'il faut suivre pour recevoir un numéro de facturation en Colombie-Britannique. Chris, voulez-vous expliquer cette procédure qui n'a pas changé depuis des années.

M. Chris Lovelace (directeur exécutif, Planification, Politique et Législation, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique): Oui. Il semble y avoir un peu de confusion ici. Il existe effectivement une procédure. Celle-ci n'est pas utilisée pour refuser des numéros de facturation mais plutôt pour développer le mécanisme administratif qui permet de les octroyer.

Ce que nous avons mis sur pied, c'est un comité provincial de la main-d'oeuvre médicale où sont représentés les internes, l'Association des médecins, le Collège des médecins et chirurgiens, la Faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique et l'Association de la santé de la Colombie-Britannique, qui représente les hôpitaux universitaires. Il élabore des lignes directrices qui sont ensuite distribuées aux comités de la main-d'oeuvre médicale locaux et aux hôpitaux de la province.

Ce que nous demandons aux médecins qui font une demande d'un numéro de facturation, c'est de se soumettre à la procédure. Nous considérons que la législation existante nous donne depuis toujours le pouvoir d'octroyer des numéros de facturation. Nous n'avons jamais cessé de le faire, il n'y pas là de changement, le ministre a raison. Le fait est qu'un processus est en cours d'élaboration, mais dans le cadre de la loi actuelle et non pas du projet de loi qui avait été déposé au moment de la dissolution.

Le vice-président: Je vous remercie, monsieur Lovelace. Je dois vous interrompre ici.

M. Robinson (Burnaby): Cela éclaire certainement les choses.

[Text]

The Vice-Chairman: Mr. Robinson, if you wish to pursue this we will try and get you on, but I want to go to Mrs. Mitchell now, please.

Mrs. Mitchell: Thank you. I assume I have seven minutes, Mr. Chairman. It is not surprising that we have no Conservatives from British Columbia here today. I know they support the speaker who has already spoken. The Conservatives indeed do agree with the position that the B.C. Government is taking.

Once again I would like to point out that this debate to date has been dominated by questions related to doctors, not patients. I for one am getting very tired of this committee's being dominated by the special interests of the medical profession.

I have really three questions and I think in the interest of time, Mr. Chairman, I will put them all together, and perhaps there will be a chance to intervene within the seven minutes.

First of all, it is my understanding that the Social Credit Government approved bloc funding when there was a change to bloc funding back in the 1970s, and both the NDP provincially and federally strongly opposed it. Now we see the results. You said that only 37.4% of the costs of health services in B.C. are shared federally. Certainly there is no guarantee that the federal money which comes to B.C. will go into health services. For example, we know that last year increased federal funds for educational services did not go into those services.

Therefore one of the questions I have is: Does the Minister, now agree that it would be better to have a shared method of funding, as we have under the Canada Assistance Plan for social services, and that this would help with some of the problems of financing and make it more fair? We agree that there are finance problems. We also agree that the present Bill is not broad enough as far as preventive and community services are concerned.

The second question relates to the astonishing decision in the provincial budget to lay on the backs of B.C. taxpayers an 8% surtax. I should like to have the Minister clarify all the costs that are really on the shoulders of the B.C. people right now.

If I recall correctly, back in the 1960s there was a 5% sales tax established by Mr. Bennett senior which was specifically to cover the costs of medicare, so that is 5% there. The Minister has already pointed out the hospital-user fees of \$8.50 per day. I understand there is an increase to \$10 for emergency charges; lots of people will not go to hospital for emergency care if they think they have to pay \$10.

Premiums are a problem; it is not true that they are not a problem in B.C. I know many, many unemployed young

[Translation]

Le vice-président: Monsieur Robinson, si vous voulez revenir là-dessus, j'essaierai de vous donner un tour de parole mais, pour le moment, je dois la donner à M^{me} Mitchell.

Mme Mitchell: Je vous remercie. J'imagine que je dispose de 7 minutes, monsieur le président. Il n'est pas surprenant que nous ne voyons pas aujourd'hui des membres conservateurs de la Colombie-Britannique. Je sais qu'ils sont d'accord avec l'intervenant précédent et que, effectivement, les Conservateurs approuvent la position prise par le gouvernement de la Colombie-Britannique.

Encore une fois, il faut faire ressortir que le débat jusqu'à ce jour a été dominé par les questions intéressant les médecins plutôt que les patients. Pour ma part, je commence à être fatigué de ce que les travaux de ce Comité soient dominés par les intérêts particuliers de la profession médicale.

J'ai trois questions à poser, monsieur le président, et je les poserai à la suite pour gagner du temps et j'espère que le témoin aura le temps d'y répondre pendant les 7 minutes.

Tout d'abord, je crois savoir qu'un gouvernement créditiste a approuvé le financement global lorsqu'il a été instauré dans les années 70 et que le Parti néo-démocrate provincial et fédéral s'y est vigoureusement opposé. Nous en voyons aujourd'hui les résultats. Vous dites que seulement 37.4 p. 100 du coût des services de santé en Colombie-Britannique sont couverts par l'apport fédéral. Cependant, il n'existe aucune garantie que l'argent fédéral versé à la Colombie-Britannique soit consacré aux services de santé. Par exemple, nous savons que l'année dernière, les versements fédéraux accrus pour l'éducation ne lui ont pas été consacrés.

Ma première question est donc la suivante: le ministre convient-il maintenant qu'il vaudrait mieux avoir un mode de financement conjoint, comme c'est le cas actuellement du Régime d'assistance publique du Canada pour les services sociaux, et que cela résoudrait certains des problèmes de financement et le rendrait plus juste? Nous reconnaissons qu'il y a des problèmes de financement. Nous reconnaissons également que le projet de loi actuel ne va pas suffisamment loin sur le plan des services de prévention et des services communautaires.

Ma deuxième question porte sur la décision surprenante contenue dans le budget provincial d'imposer une surtaxe de 8 p. 100 aux contribuables de la Colombie-Britannique. J'aimerais que le ministre nous précise tous les coûts qui reposent actuellement sur les épaules des habitants de la Colombie-Britannique.

Si je me souviens bien, dans les années 1960, une taxe de vente de 5 p. 100 avait déjà été instaurée par M. Bennett père et était destinée expressément à couvrir le coût de l'assurance-maladie. Il y a donc déjà ces 5 p. 100. Le ministre nous a ensuite cité le chiffre de 8.50\$ par jour à titre de ticket modérateur dans les hôpitaux. Je crois savoir que ce montant passera à 10 dollars pour les services d'urgence; beaucoup de gens vont renoncer à se présenter au service d'urgence d'un hôpital s'ils vont devoir payer 10 dollars.

Les cotisations sont un problème; il n'est pas vrai qu'elles ne sont pas un problème en Colombie-Britannique. Je connais un

[Texte]

people who simply have no medical coverage because of the premium that is required. This means that we do not have a universally accessible program in British Columbia.

The third point I would like to raise has to do with savings in health care costs. The Minister has mentioned the community-care program. It has not been expanded by the province; in fact, there have been cutbacks. We feel that this is a major area, that should be expanded with adult day-care centres instead of institutional care, more community clinics and outreach kinds of services. Incidentally, social programs which relate very much to the mental and physical health of the people who are at risk in our communities have been chopped dramatically I would like to ask him why mansions such as the McGeer mansion at UBC, which cost a fortune—and I wish he could tell us how much . . . for a really fancy kind of medical care that was unnecessary, in the opinion of many—why that kind of political patronage was covered by the Socred government. I should point out that that very expensive hospital at UBC is not accessible to people and it is my understanding that it is not used to capacity.

• 1735

Finally, Mr. Chairman, I would just like to ask the Minister's position on opting-in of nurses into the medicare coverage and other health care practitioners. We have had a lot of presentations that would suggest that it would not only be very wise to include nurses under the plan—there are examples, such as VON nurses, etc., who already work independently—but would also help with the costs; it would spread the health dollar further. I would like to hear his reaction to that.

I would just like to say that \$134 surtax for a family of four that has earnings of under \$30,000 is certainly another hard blow to British Columbians and, just as the sales tax was, it is a regressive tax. It is not adjusted proportionately to income, so it is going to hit the people that you are hitting hard by removing social services and increasing income tax over the head again with 8% increases. It is atrocious.

The Vice-Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell. Mr. Minister.

Mr. Neilsen: Thank you very much, Mr. Chairman.

In answer to some of the questions, particularly the block-funding issue which was raised, or the shared method, I think that is a matter of consultation as to how that funding should come about. The modifications which were made over the last decade were by consensus. The provinces at the time presumably felt it was an improvement, or at least it was the best they could get at the time. If that should be reviewed, so be it. I think it is a matter of getting a64 commitment from the federal government; that they are prepared to discuss it.

[Traduction]

très grand nombre de jeunes chômeurs qui n'ont pas de couverture médicale à cause de la prime qu'il leur faudrait payer. Cela signifie que nous n'avons pas en Colombie-Britannique d'accès universel au programme.

Le troisième point que je voudrais aborder concerne les économies réalisées sur les dépenses de santé. Le ministre a mentionné le programme de soins communautaires. Celui-ci n'a pas été élargi, au contraire, il a été réduit. Nous pensons que c'est là un des programmes qui devrait être considérablement élargi, avec «garderies pour adultes» en remplacement des soins en hôpital, davantage de cliniques communautaires et de dispensaires de quartiers. Incidemment, les programmes sociaux, qui jouent énormément pour la santé mentale et physique des personnes à risque, ont été démantelés. Je voudrais lui demander pourquoi des palaces comme le McGeer à l'U.C.B., qui coûtent une fortune . . . Pourrait-il nous dire combien cela a coûté, car beaucoup estiment qu'un service de santé aussi fastueux ne s'imposait pas. Pourquoi ce genre de patronage a-t-il été «couvert» par le gouvernement du crédit social? Je rappellerai que le public n'a pas accès à cet hôpital très coûteux de l'Université de la Colombie-Britannique et je crois savoir qu'il n'est pas utilisé à pleine capacité.

Pour terminer, monsieur le président, je voudrais demander au ministre ce qu'il pense de l'adhésion des infirmières ainsi que d'autres spécialistes de la santé, au régime d'assurance-maladie. D'après plusieurs personnes, il ne serait pas seulement avisé d'inclure les infirmières au régime—par exemple, les infirmières du VON travaillent déjà de façon indépendante—mais ce serait aussi rentable du point de vue des coûts. Que pense-t-il de cela?

Je voudrais dire qu'une surtaxe de 134\$ par famille de quatre enfants dont les revenus sont inférieurs à 30,000\$ représente une autre très mauvaise nouvelle pour les résidents de la Colombie-Britannique, et comme la taxe de vente, la surtaxe est aussi régressive. Elle n'est pas établie proportionnellement au revenu et elle va donc affecter ceux que vous touchez durement en retirant des services sociaux et en augmentant l'impôt sur le revenu de 8 p. 100. C'est tout simplement atroce.

Le vice-président: Merci, madame Mitchell. Monsieur le ministre.

M. Neilsen: Merci beaucoup, monsieur le président.

Pour répondre à certaines des questions, notamment la question du financement global, ou du partage des coûts, je crois qu'il faudrait déterminer par des pourparlers comment établir le financement. Ces dix dernières années, les modifications ont été apportées par consensus. À l'époque, les provinces estimaient que c'était là sans doute une amélioration ou du moins la meilleure solution possible alors. Si une révision s'impose, ainsi soit-il. Il s'agit, je crois, d'obtenir un engagement du gouvernement fédéral afin qu'il soit disposé à en discuter.

[Text]

The Member mentioned the \$8.50 per day and the \$10 emergency care. Mr. Chairman, people may not go for emergency care if it costs \$10. I would suggest if it is indeed emergency care, \$10 is not going to stop anyone because if they do not have the \$10 they are not required to pay it. Mr. Chairman, no one is turned away from a hospital in British Columbia, and if it is an emergency situation, obviously they would not even be requested. We do know that many people use emergency wards for other than emergency needs; there is no question of that. It is a very, very costly process when a trip to the doctor's office is a very reasonable alternative for many.

The 8% surcharge on the personal income tax, when it is finally in place, will mean that British Columbia's personal income tax will be the second-lowest in Canada, after Alberta, as it is today I think by comparison to the rest of the nation, the people of the province are not going to be hard-hit. Mr. Chairman, it is a tax which we have said we would consider removing if we had more equitable sharing from the federal government.

Mrs. Mitchell mentioned what I believe we refer to as long-term care, which is non-acute care but in-home service plus intermediate care facilities and others. I might mention that the budget of 1977 for that was \$75 million. The projected budget for 1984-85 is \$312 million. We have been increasing all of these programs significantly over the past years, with our provincial health budget now well in excess of 30% of the provincial budget.

I do not agree in principle to the lobby being put forward by the nurses with respect to fee-for-service as an alternative to medical service. I believe it would simply be an add-on to the program we have in place today, with the exception of a situation in the province where indeed we do have some nurses working on a fee basis in certain isolated areas of the province. I do not reject their suggestion out of hand, but I believe it would not be an alternative lower cost program. I believe it would be an add-on program to the program that we see in place which is already very costly.

With respect to the Member, should she be in her home riding and be seriously ill—and I pray that that does not happen—she would find no better service than the UBC hospital, from a medical point of view.

• 1740

Mrs. Mitchell: I would never be able to get there in time.

The Vice-Chairman: Order, please.

Mr. Nielsen: Well, it depends on where you live, of course.

But the UBC hospital is an excellent hospital from a medical point of view. It is an exceptional hospital in Canada. It is functioning quite well at the present time and will improve. It certainly went through some very difficult initial stages due to a very large degree by almost a total boycott of the medical profession, but nonetheless, the hospital is in place and it is providing exceptional care for many people in British

[Translation]

Le député a parlé de 8.50\$ par jour et de 10\$ pour les soins d'urgence. Monsieur le président, les gens ne se rendront peut-être pas à l'urgence s'ils devaient payer 10\$. S'il s'agit effectivement d'une urgence, ces 10\$ n'empêcheront personne d'y aller car, s'ils ne les possèdent pas, ils ne seront pas tenus de les payer. Monsieur le président, aucun hôpital de Colombie-Britannique ne refuse de patient, et dans des cas d'urgence, on ne demande évidemment pas de payer. Nous savons que beaucoup de patients se rendent à l'urgence alors que leur état ne l'exige pas. C'est indéniable. C'est extrêmement coûteux alors que, pour beaucoup, une visite chez le médecin constitue une autre possibilité fort raisonnable.

La surcharge de 8 p. 100 de l'impôt sur le revenu des particuliers, lorsqu'il s'appliquera finalement, signifiera qu'à cet égard les résidents de la Colombie-Britannique se situeront à la meilleure place au Canada après l'Alberta, et par rapport aux autres Canadiens, les résidents de la Colombie-Britannique ne vont donc pas être maltraités. Monsieur le président, nous avons dit que nous serions prêts à envisager le retrait de cette taxe si le gouvernement fédéral nous offrait une meilleure formule de partage des coûts.

M^{me} Mitchell a parlé de ce que nous qualifions de soins à long terme, dans le cas de maladies non aiguës avec soins à l'hôpital puis soins intermédiaires en établissement spécialisé, et ainsi de suite. Je rappellerai que le budget de 1977 prévoyait 75 millions de dollars à cet égard alors que le budget prévu pour 1984-1985 se chiffre à 312 millions de dollars. Nous avons sensiblement accru ces programmes depuis quelques années, notre budget provincial de la santé représentant bien plus de 30 p. 100 du budget provincial.

En principe, je suis contre les demandes présentées par les infirmières pour remplacer le service médical par une formule où chaque service serait rétribué à l'acte. Il me semble que ce serait alourdir le programme qui existe déjà, sauf dans les cas où, dans la province, certaines infirmières travaillent justement selon cette méthode dans certaines régions. Je ne rejette pas catégoriquement leur suggestion, mais j'estime que cela ne représenterait pas une solution de rechange à coût moindre. Comme je l'ai déjà dit, le programme existant déjà et qui est très cher s'en verrait encore plus chargé.

Je voudrais dire au député que si elle se trouvait gravement malade dans sa circonscription—à Dieu ne plaise—elle ne trouverait pas de meilleur service médical qu'à l'hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique.

Mme Mitchell: Je ne pourrais jamais m'y rendre à temps.

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Nielsen: Cela dépend de là où vous habitez, bien sûr.

Mais l'hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique est excellent, du point de vue médical. Il est exceptionnel au Canada. Il fonctionne très bien actuellement et il s'améliorera. Il a évidemment traversé de graves difficultés, initialement, car dans une très grande mesure les médecins l'ont presque totalement boycotté, mais néanmoins il existe et il assure des soins exceptionnels à nombre d'usagers aussi bien en Colom-

[Texte]

Columbia and in Canada. I think I have covered the various points that the member raised.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Minister. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I am happy that the Minister is here with us today.

The Minister called the Bill an intrusion into provincial jurisdiction. I take it that he is aware that under the Constitution there is such a thing as the spending power. In view of the fact that he calls this an intrusion in provincial jurisdiction, is it his view or the view of his government that anything the federal Parliament does with the spending power should be done unconditionally?

Mr. Nielsen: No, Mr. Chairman. I would not say in principle that it should be done unconditionally but I think there is an area where, by way of federal legislation, when it appears that the result is constitutional intrusion, you are dealing with something quite different. I think if it is clear in law that certain levels of government have specific authority, then surely the spending powers would remain with the government providing the funding. But I think with the Canada Health Act, my interpretation and my opinion is that the end result could be that the federal government is actually intruding in a provincial responsibility by using their spending power.

Mr. Breau: Yes. That is not an interpretation I can accept. All we are doing here with the Canada Health Act is saying that the Parliament of Canada, which raises taxes from taxpayers all over the country, determines it will put a certain amount of money under some legal means into a domain which is under provincial jurisdiction. All we are saying is that we are going to transfer that money under certain conditions. There is no denying that there is a philosophical difference, obviously, between the federal Parliament and some provincial governments about what kind of health care system we should have, how it should be financed.

I do not apologize for disagreeing with you philosophically as to how we should raise money to finance health care, and I do not think you have to apologize for disagreeing with me either. But when there is this kind of clash, do you expect that federal parliamentarians are going to sit down and say well, we are going to continue taxing Canadians to raise money to do certain things and we are not going to make sure of that. We have been tested electorally. This is what we have been elected on, and we say the country should have a certain type of health care system. Parliament will offer, through a statute, moneys to provinces to do certain things. You do not think it is correct or legitimate for us to say there will be certain conditions to that money?

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, I do not disagree with the member that there could be certain conditions to it. I disagree very much with the Canada Health Act concept of the dollar-for-dollar penalty. Prior to the drafting of the bill, it was understood that if you failed to comply with the requirements,

[Traduction]

bié-Britannique qu'au Canada. Je pense avoir répondu à toutes les questions qu'a soulevées le député.

Le vice-président: Merci, monsieur le ministre.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Je suis heureux que le ministre soit parmi nous aujourd'hui.

Le ministre a qualifié le projet de loi d'intrusion dans la compétence des provinces. Il sait sans doute qu'en vertu de la Constitution, il existe un pouvoir de dépenser. Étant donné qu'il qualifie cette mesure d'intrusion dans la compétence provinciale, lui-même et son gouvernement estiment-ils que tout ce que fait le Parlement fédéral du pouvoir de dépenser doit se faire de façon inconditionnelle?

M. Nielsen: Non, monsieur le président. Je ne dirais pas qu'en principe cela doit se faire inconditionnellement, mais je pense que la situation est bien différente lorsque le gouvernement fédéral adopte une loi qui semble entraîner une intrusion constitutionnelle. S'il est clair en droit que certains niveaux de gouvernement ont des pouvoirs spécifiques, dans ce cas pour ce qui est du pouvoir de dépenser, il devrait revenir au gouvernement qui assure le financement. Mais d'après mon interprétation et mon opinion, le résultat ultime de la Loi canadienne sur la santé pourrait être une intrusion effective du gouvernement fédéral dans une responsabilité provinciale, par l'utilisation de son pouvoir de dépenser.

M. Breau: Oui. Mais je ne peux pas accepter cette interprétation. Tout ce que nous faisons ici avec la Loi canadienne sur la santé, c'est de dire que le Parlement du Canada, qui prélève l'impôt des contribuables de tout le pays, détermine qu'en vertu de certaines dispositions législatives, il versera certaines sommes dans un domaine relevant de la compétence des provinces. Nous disons simplement que nous allons transférer cet argent dans certaines conditions. Nous ne nions pas qu'il existe une différence de philosophie, bien sûr, entre le Parlement fédéral et certains gouvernements provinciaux quant au régime de soins médicaux que nous devrions avoir, et quant à son financement.

Je ne m'excuse pas de ne pas avoir la même philosophie que vous quant à la façon dont nous devrions nous procurer des fonds pour financer les soins médicaux, et je ne pense pas que vous deviez non plus vous excuser de ne pas être d'accord avec moi. Mais dans le contexte de ce genre d'opposition, vous attendez-vous à ce que les parlementaires fédéraux s'assoient pour dire qu'ils vont continuer à taxer les Canadiens pour recueillir l'argent nécessaire pour faire certaines choses, sans s'en assurer? Les électeurs se sont prononcés. Nous avons été élus pour réaliser cela et nous disons que le pays devrait avoir un certain type de régime de soins médicaux. En vertu d'une loi, le Parlement offrira de l'argent aux provinces afin qu'elles fassent certaines choses. Ne pensez-vous pas qu'il soit juste ou légitime que nous fixions certaines conditions à l'obtention de cet argent?

M. Nielsen: Monsieur le président, je pense comme le député qu'il faudrait en effet fixer certaines conditions. Mais je m'oppose vigoureusement aux sanctions économiques dollar pour dollar de la Loi canadienne sur la santé en cas de surfacturation. Avant ce projet de loi, on savait que ceux qui

[Text]

you simply were cut off from your funding. I find that a much more straightforward honest, approach than this dollar-for-dollar if you do not meet certain conditions. But Mr. Breau, perhaps our opinions are somewhat coloured by the legal opinions we receive. If I could read a very, very brief legal opinion on something very similar. It says:

It follows that the fact of creating by means of taxation a federal fund for the purpose of making donations . . .

That is the legal term.

. . . is not in itself *ultra vires*. It becomes illegal however when the federal government disposes of these funds through legislation that encroaches upon provincial jurisdiction.

That was one of the legal opinions we sought. That was from Professor Pierre Trudeau in 1957. I think he was correct.

• 1745

Mr. Breau: Professor Pierre Trudeau has never been a Judge of the Supreme Court of Canada, and the Supreme Court of Canada has never said if the fiscal arrangements of the federal government or the federal Parliament were constitutional or not. There has been an agreement amongst politicians in the country, at the federal and provincial level, that under fiscal arrangements you could transfer funds from one government to another. Maybe it will turn out that all of what we are doing under fiscal arrangements is not constitutional.

If the federal Parliament said that they want to ban extra-billing, and tried to legislate to ban extra-billing and user fees, then I would agree, as Professor Trudeau said, that it would be an intrusion. But we are not saying that. We are saying that all we can do to discourage it is to say this: The moneys that we legislate, that we are going to transfer to provinces for a certain domain will come under certain conditions. And we say if those conditions are not met: Tough luck! We also say that if we did withdraw all of the money, not only would it not be an effective means of achieving our objective, or the objective of the legislation, but it would be an intrusion. It would also be penalizing the federal taxpayers of that province if we withdrew all the money.

The Vice-Chairman: Your last question, Mr. Breau.

Mr. Nielsen: Thank you, Mr. Chairman and Mr. Member. I do not disagree with much of what you suggest. I think perhaps the problem is a matter of process and style. We believe that in British Columbia we have every capacity to meet the five criteria which have been identified by so many people as the concept of medicare and hospitalization. There may be some disagreement on that, but I still think we are quite prepared to meet those criteria. What we are asking for is some flexibility in determining our own programs in British Columbia while still meeting the criteria.

[Translation]

ne respectaient pas les critères se verraient simplement supprimer leurs subventions. Cette méthode me paraît beaucoup plus honnête que ce que prévoit le bill C-3. Mais, monsieur Breau, nos opinions sont peut-être quelque peu influencées par les opinions juridiques que nous recevons. Je me permettrai de lire une opinion juridique très brève sur une question très semblable. Je cite:

Il s'ensuit que créer au moyen de l'impôt une caisse fédérale pour faire des donations . . .

C'est le terme juridique.

. . . n'est pas en soi inconstitutionnel. Il y a cependant illégalité lorsque le gouvernement fédéral attribue ces fonds au moyen d'une mesure législative qui empiète sur la compétence des provinces.

C'était l'une des opinions juridiques que nous avons étudiées. Elle émane du professeur Pierre Trudeau en 1957. Je pense qu'il avait raison.

M. Breau: Le professeur Pierre Trudeau n'a jamais été juge de la Cour suprême du Canada et la Cour suprême du Canada n'a jamais dit si des accords fiscaux du gouvernement ou du Parlement fédéral étaient constitutionnels ou non. Nos politiciens, aussi bien au niveau fédéral que provincial, se sont entendus pour dire qu'en vertu des accords fiscaux, il serait possible de transférer des fonds d'un gouvernement à l'autre. Il s'avérera peut-être que ce que nous faisons en vertu des accords fiscaux n'est pas constitutionnel.

Si le Parlement fédéral déclarait qu'il souhaite interdire la surfacturation et qu'il essayait de légiférer son interdiction ainsi que celle des frais modérateurs, je conviendrais à une ingérence, comme l'a dit le professeur Trudeau. Mais ce n'est pas ce que nous disons. Nous voulons simplement décourager cela de la façon suivante: l'argent que nous transférons en vertu d'une loi aux provinces pour certains domaines sera assujéti à certaines conditions. Et nous disons que c'est tant pis si ces conditions ne sont pas respectées. Nous disons aussi que si nous retirions la totalité de l'argent, ce serait non seulement un moyen inefficace d'atteindre notre objectif ou l'objectif de la législation, mais aussi une ingérence. Si nous retirions tout l'argent, nous pénaliserions aussi les contribuables fédéraux de cette province.

Le vice-président: Votre dernière question, monsieur Breau.

M. Nielsen: Merci, monsieur le président et monsieur le député. Je ne rejette pas la plus grande partie de ce que vous dites. Le problème concerne peut-être le processus et le style. Nous estimons qu'en Colombie-Britannique, nous avons toutes les possibilités de respecter les cinq critères définis par beaucoup comme étant le concept de l'assurance-maladie et de l'hospitalisation. Il peut y avoir certains désaccords à ce sujet, mais nous sommes encore très disposés à respecter ces critères. Nous demandons une certaine souplesse pour déterminer nos propres programmes en Colombie-Britannique, tout en respectant les critères.

[Texte]

We get into an argument over universality and access. What do they actually mean? Is it access and universality in actual practise or in theory? I told the federal Minister that in my opinion it would be much easier to identify those persons she believes are being denied access, so that the province could identify those individual persons or groups and make arrangements for them specifically, rather than attempting to rewrite the whole program because there is a theoretical possibility that some person is denied access. We would be quite prepared to recognize those individuals and remedy their situation, if it is a matter of lack of financing.

As I mentioned before, we have been doing this for many years, for example in our premiums. About 450,000 people in the province have some assistance on premiums. Mrs. Mitchell mentioned earlier about the unemployed. There is a program in B.C., in which if you are unemployed you may apply for premium assistance and you could pay as low as \$1.50 a month for premiums.

Mr. Breau: Yes, but you know as well as I do that you cannot . . .

The Vice-Chairman: Mr. Breau, your time has expired.

Mr. Breau: It is a question of rates.

The Vice-Chairman: Mr. Robinson.

Mr. Robinson (Burnaby): Thank you, Mr. Chairman. I find it somewhat ironic that the Minister of Health is coming before the federal committee expressing concerns about under funding of an important social service. His government has just introduced a budget which represents a massive assault on those who are most vulnerable in the Province of British Columbia, whether they be old, sick, in need of need legal aid, poor, single parents who are having their income reduced or a host of others. I am not one who welcomes that philosophy. I suggest rather that anyone who associates himself with it should hang his head in shame at being with a group that is so prepared to cut essential social services.

I would like to ask the Minister a question with respect to his health-care tax, which has been identified by one of his traditional allies, that is Mike Ashby of the Institute of Chartered Accountants of British Columbia, as a tax increase pure and simple. As he says, a tax hike is a tax hike, no matter what you call it. Mr. Minister, in the Budget Speech, it suggested that the federal penalties under this legislation would represent a loss of \$40 million a year to the Province of British Columbia. The tax that you are suggesting be implemented would raise an estimated \$97 million in the first year and \$166 million in the full year. Now before I ask you to explain the difference in those figures, perhaps you could clarify for the committee: Do you in fact intend in the near future to abolish hospital user fees?

[Traduction]

Nous nous querellons au sujet de l'universalité et de l'accès. De quoi s'agit-il exactement? S'agit-il de réaliser cela théorie ou en pratique? Je dis au ministre fédéral que, selon moi, il serait beaucoup plus facile de déterminer à qui, selon elle, l'accès a été refusé, afin que la province puisse voir de qui il s'agit, de quelles personnes ou de quels groupes; on pourrait voir à chaque cas, plutôt que d'essayer de réécrire la totalité du programme parce qu'en théorie il est possible que quelqu'un se soit vu refuser l'accès aux soins médicaux. Nous serions tout à fait disposés à reconnaître la situation de ces personnes, à y remédier, s'il s'agit d'un manque de fonds.

Comme je l'ai déjà dit, nous faisons cela depuis de nombreuses années, par exemple avec nos primes. Environ 450,000 résidents de la province sont aidés à cet égard. M^{me} Mitchell a déjà parlé des chômeurs. Il existe en Colombie-Britannique un programme en vertu duquel les chômeurs peuvent demander une aide pour payer leurs primes, et il est possible de ne payer que 1,50\$ par mois à cet égard.

M. Breau: Oui, vous savez aussi bien que moi qu'il est impossible . . .

Le vice-président: Monsieur Breau, votre temps de parole est écoulé.

M. Breau: C'est une question de taux.

Le vice-président: Monsieur Robinson.

M. Robinson (Burnaby): Merci, monsieur le président. Il me paraît ironique que le ministre de la Santé compare devant le Comité fédéral pour exprimer ses préoccupations quant à l'insuffisance des subventions d'un important service social. Son gouvernement vient de présenter un budget qui lèse considérablement ceux qui sont les plus vulnérables en Colombie-Britannique, qu'il s'agisse des personnes âgées, des malades, de ceux qui ont besoin d'aide juridique, des pauvres, des parents célibataires dont le revenu se voit réduit, ou de beaucoup d'autres citoyens. Je ne suis pas de ceux qui approuvent cette philosophie. Je dirais plutôt que tous ceux qui y sont associés devraient aller se cacher pour s'être honteusement associés à un groupe qui n'hésite pas à réduire des services sociaux essentiels.

Je voudrais poser au ministre une question concernant cette taxe sur les soins médicaux que l'un de ses alliés traditionnels, Mike Ashby de l'Institut des comptables agréés de la Colombie-Britannique, a qualifiée d'augmentation d'impôt pure et simple. Comme il le dit, on ne peut pas y aller par quatre chemins, une augmentation d'impôt est une augmentation d'impôt. Monsieur le ministre, dans le discours du budget, il a été dit que les sanctions fédérales en vertu de cette mesure législative représenteraient une perte annuelle de 40 millions de dollars pour la Colombie-Britannique. La taxe que vous proposez permettrait de recueillir 97 millions de dollars la première année et 166 millions de dollars pour toute l'année. Avant de vous demander de m'expliquer la différence de ces deux chiffres, je voudrais vous demander de préciser ceci pour le Comité: avez-vous l'intention de supprimer dans un proche avenir les frais modérateurs hospitaliers?

[Text]

• 1750

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, the answer to that is no, unless certain other conditions are met. The surtax is not in lieu of moneys we would not receive by way of penalties under the Canada Health Act. The surtax is to raise money, revenue, for health care programs. Any money lost by way of penalty under the Canada Health Act is a separate pool of money. That would be lost money. The surtax is not to replace that which could be lost under the Canada Health Act. If the surtax had not been imposed—and you say \$97 million—basically it would mean that my health budget next year would have been about \$40 million short, because we increased the budget by \$51 million. We would have been short about \$40 million. That surtax is to raise new revenue to be spent in the health care area. It is not in anticipation of any lost money through penalty of the Canada Health Act.

Mr. Robinson (Burnaby): Is the Minister then assuring the people of British Columbia through this committee that every cent of the money which is to be raised by the health care tax in fact will go into health care and health care alone?

Mr. Nielsen: As you know, Mr. Robinson, all money goes into general revenue. The health care budget is approximately \$2.5 billion and it could be easily identified: Ninety-seven million dollars from the surtax, its million from premiums, x million from transfer payments, x million from general income tax, and so on. But, yes, that additional funding, that additional revenue will be consumed by health care in B.C.

The Vice-Chairman: Your last question.

Mr. Robinson (Burnaby): Thank you. Mr. Chairman, the Minister at one point in the course of his remarks suggested that long-term care might be jeopardized in the Province of British Columbia in the event that this legislation was passed—in effect, threatening elderly people in British Columbia that if this Bill goes through, we may have to erode the quality of long-term care in the Province of British Columbia to meet our commitments under this Act—holding a gun to the head of elderly people to oppose this legislation.

Would the Minister just clarify for the committee the comments that he made to this committee suggesting that we put a lot of money into long-term care and that in some way that amount of money or that financing might be jeopardized if this Bill is, in fact, passed?

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, the amount of money collected by premiums and the cost of our long-term care program are similar, if we were to lose the revenue from premiums. An example of the significance of that could be of the nature of our long-term care program. Similarly, the so-called penalties that the Canada Health Act could introduce by way of user-

[Translation]

M. Nielsen: Monsieur le président, la réponse est négative, à moins que certaines autres conditions ne soient respectées. La surtaxe ne remplace pas de l'argent que nous n'aurions pas touché du fait des sanctions prévues par la Loi canadienne sur la santé. Cette surtaxe a pour objet de recueillir de l'argent, un revenu pour des programmes de soins médicaux. Tout argent perdu du fait de sanctions relevant de la Loi canadienne sur la santé fait partie d'une caisse distincte. Cet argent serait perdu. La surtaxe ne remplace pas ce qui serait perdu en raison de l'application de cette loi. Si la surtaxe n'avait pas été imposée—et vous parlez de 97 millions de dollars—cela signifierait fondamentalement que pour l'an prochain, mon budget de la santé aurait eu un trou de 40 millions de dollars, car nous avons augmenté le budget de 51 millions de dollars. Il nous aurait donc manqué environ 40 millions de dollars. Cette surtaxe a pour objet de réunir de nouveaux revenus qui seront consacrés aux soins médicaux. Ce n'est pas par anticipation de l'argent perdu en raison des sanctions de la Loi canadienne sur la santé que nous avons envisagé cette surtaxe.

M. Robinson (Burnaby): Le ministre assure-t-il donc aux résidents de la Colombie-Britannique, par le biais de ce Comité, que chaque cent de l'argent qui sera recueilli au moyen de cette taxe sur les soins médicaux sera effectivement consacré exclusivement à ce domaine?

M. Nielsen: Comme vous le savez, monsieur Robinson, tout l'argent est versé aux recettes générales. Le budget des soins médicaux représente approximativement 2,5 milliards de dollars qu'il serait facile de ventiler: 97 millions de dollars provenant de la surtaxe, X millions des primes, X millions des paiements de transfert, X millions de l'impôt général sur le revenu, et ainsi de suite. Mais, oui, ces fonds supplémentaires, ces revenus additionnels seront consacrés aux soins médicaux en Colombie-Britannique.

Le vice-président: Une dernière question.

M. Robinson (Burnaby): Merci. Monsieur le président, à un moment donné, dans ses remarques, le ministre a dit que les soins de longue durée pourraient être compromis dans sa province au cas où cette mesure législative serait adoptée; il agite en fait cette menace devant les citoyens âgés de la Colombie-Britannique: si ce projet de loi est adopté, nous devons peut-être diminuer la qualité des soins prolongés dans notre province pour respecter nos engagements en vertu de cette loi—forçant ainsi, et de quelle façon, les personnes âgées à s'opposer à cette loi.

Le ministre pourrait-il préciser au Comité les remarques qu'il avait faites ici, selon lesquelles nous dépensons beaucoup d'argent dans les soins prolongés, que, d'une certaine façon, cet argent ou ce financement pourrait être compromis si ce projet de loi était enfin adopté?

M. Nielsen: Monsieur le président, l'argent recueilli au moyen des primes et le coût de notre programme de soins prolongés sont semblables, si nous devons perdre les recettes provenant des primes. La nature de notre programme de soins à long terme pourrait illustrer l'importance de cela. Dans le même ordre d'idées, lesdites sanctions que la Loi canadienne

[Texte]

fee penalties could represent the non-medical services we provide under the medical service plan. It would not be the intention of the Government of British Columbia, which introduced the long-term care program, to deny that to our citizens, or we would not have increased it, as I said, from \$77 million some years back to over \$312 million for next year. No, we intend to maintain our long-term care program and the commitment to the people.

Mr. Chairman, if I could respond to the member's first comments. Indeed, the budget does frighten a certain segment of people in the province, those who are most vulnerable—the New Democratic Party of B.C.

Mr. Robinson (Burnaby): Mr. Chairman, I have one short supplementary . . .

The Vice-Chairman: I am sorry, Mr. Robinson, your time has expired. I have three speakers and we are rapidly approaching the time when the Minister has to leave.

Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman. I would like to go away a bit from this discussion and go to the consolidation aspect of the Bill. We know that the Bill, among other things, also consolidates the two previous Acts of 1958 and 1966. We have identified some technical problems in the wording. Those will be addressed.

We also know that block funding in 1977 transferred full and absolute responsibility for the allocation of the resources to the provinces within the medicare envelope.

Now, one thing that the 1958 Act did was to provide for agreements between the provincial governments and the federal government. And we know that Bill C-3 does not provide for those agreements any more. Now what was the purpose of the agreements, in your opinion? Was it anything substantial like that it could not work with or without the agreement and that it signified approval of the principles of the 1958 Act by the province? Or was it more—a purely formal document in terms of giving a legal framework for the transfer of funds? If it was that kind of purely formal document, do you see the removal of the agreement requirement in Bill C-3 as something that is essential, important or anything else?

• 1755

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, I wish I could offer the member very specific answers to those questions which, I must admit, might be better handled by the Minister of Finance, because if I start interfering with any agreements, or even commenting on it, I would hear about it I am sure. I am really not in a position to respond to that. I would have to ask as many questions, I think, as I could possibly answer. I would have to get some very specific information and advice from my colleague, the Minister of Finance, and some of the technical people who were involved in the new agreement of 1977.

[Traduction]

sur la santé pourrait introduire en cas d'imposition de frais modérateurs pourraient représenter les services non médicaux que nous offrons en vertu du régime des services médicaux. Le gouvernement de la Colombie-Britannique qui a créé le programme de soins prolongés n'aurait pas l'intention de le retirer à ses citoyens, puisqu'il n'en aurait pas accru le budget, encore une fois, de 77 millions de dollars, il y a quelques années, à plus de 312 millions pour l'an prochain. Non, nous avons l'intention de maintenir notre programme de soins à long terme et de tenir notre engagement envers nos citoyens.

Monsieur le président, je voudrais répondre aux premières remarques du député. En fait, le budget effraie une certaine partie des résidents de la province, ceux qui sont les plus vulnérables, je veux parler du Nouveau parti démocratique de la Colombie-Britannique.

M. Robinson (Burnaby): Monsieur le président, j'aurais une brève question supplémentaire . . .

Le vice-président: Je suis désolé, monsieur Robinson, votre temps de parole est écoulé. J'ai trois intervenants, et très bientôt, le ministre devra partir.

Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur le président. Je voudrais m'écarter un peu de cette discussion pour aborder une autre question. Vous savez qu'entre autres choses, ce projet de loi refond aussi les deux précédentes lois de 1958 et 1966. Nous avons vu certains problèmes techniques dans le libellé. Ils seront réglés.

Nous savons aussi qu'en 1977, le financement global a transféré la responsabilité entière et absolue de la répartition des ressources aux provinces, dans l'enveloppe de l'assurance-maladie.

La loi de 1958 prévoyait des ententes entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Nous savons que le projet de loi C-3 ne prévoit plus ces accords. Quel était leur but, selon vous? S'agissait-il de quelque chose d'important, à savoir qu'il était impossible de fonctionner avec ou sans accord, et que cela signifiait l'approbation des principes de la loi de 1958 par la province? Ou s'agissait-il plutôt d'un document purement formel conférant un cadre juridique au transfert des fonds? S'il s'agissait d'un document purement formel de ce genre, considérez-vous que la suppression du critère d'accord du Bill C-3 soit quelque chose d'essentiel ou d'important, par exemple?

M. Nielsen: Monsieur le président, je voudrais bien répondre de façon très précise à ces questions, dont je dois admettre qu'il vaudrait mieux les poser au ministre des Finances, car si je commence à intervenir dans quelque accord que ce soit, ou même à le commenter, j'en entendrai parler, certainement. Je ne suis donc pas vraiment en mesure de vous répondre. Je devrai aussi poser moi-même toutes sortes de questions avant de pouvoir répondre. Mon collègue, le ministre des Finances, ainsi que certains des spécialistes qui ont participé au nouvel

[Text]

Mr. Lachance: In your mind, the agreement part is not something that is essential in terms of the delivery of the services in your province. The legal framework is out there in your province in the federal act, and the agreement was an implementation tool more than anything else.

Mr. Nielsen: Mr. Chairman, I think the spirit of the agreement that was reached was to permit the provinces maximum flexibility in delivering the services. I think that is a very important aspect to any agreement.

Mr. Chairman, if I could reiterate, I think in British Columbia we have the complete capacity to meet the criteria as desired by the spirit of the Canada Health Act. We feel it is just simply too rigid. In fact, I would like to be able to prove to the federal minister that indeed we can meet these commitments, but please permit us to do it our way. The regions of the country are very, very different and the needs are very, very different.

Mr. Chairman, if I could, one of my main concerns is: I think the Canada Health Act is not necessary. I think our system is good as it is; it can be improved. I do not think we require this heavy-handed legislation, in my opinion. One of the side effects that concerns me greatly is that it is another issue which, in my opinion, is dividing the provinces and the federal government. The provinces—at least the Health Ministers—almost unanimously have asked that the act be shelved. We have asked for consultation, what we refer to as “meaningful consultation”. We were told by the federal Minister that the time for consultation was over. We think we can succeed in providing a very superior health care system in Canada, compared to other countries; we can do it similar to the manner in which it has been done for the last few decades, but we are very concerned that the Canada Health Act, as drafted, and as the Minister has spoken of it, will intrude into provincial jurisdiction, and will provide less health care, and cost more. I guess what we are saying to the federal Minister is: Give us an opportunity to prove our case. I think we could do it, but I think we would want to still retain British Columbia's style or version of medicare, whatever the name of it is, health care. We think we in British Columbia have produced a product which is above average across Canada for many, many years, and we are not condemning others for their product. I think the reason we have been able to do it is because we have the flexibility. We see some very negative aspects to the bill.

Mr. Chairman, I think if we had the opportunity of good consultations . . . The Minister of Finance has sent a letter to the federal Minister asking for consultation. I am not criticizing individuals, but I think over the past while, the lack of consultation has been a very, very serious problem with respect to the Canada Health Act.

[Translation]

accord de 1977 devront me donner des renseignements et des conseils bien précis.

M. Lachance: Selon vous, l'accord n'est pas quelque chose d'essentiel à la prestation des services dans votre province. Le cadre juridique existe dans votre province dans la loi fédérale, et l'accord était surtout un outil d'application.

M. Nielsen: Monsieur le président, l'accord a été conclu pour permettre aux provinces d'avoir une plus grande souplesse dans la prestation des services. C'est là, je crois, un aspect très important de tout accord.

Monsieur le président, je rappellerai une autre fois qu'en Colombie-Britannique, nous avons toute latitude de respecter le critère recherché par la Loi canadienne sur la santé. Mais il nous paraît trop rigide. En fait, j'aimerais pouvoir prouver au ministre fédéral que nous pouvons respecter ces engagements, mais qu'on veuille bien nous laisser le faire à notre façon. Les régions du pays sont extrêmement différentes, de même que les différents besoins.

Monsieur le président, permettez-moi de vous dire quelle est ma principale préoccupation: je pense que la Loi canadienne sur la santé ne s'impose pas. Notre régime actuel est déjà satisfaisant; il est possible de l'améliorer. Je ne pense pas que nous ayons besoin d'une loi aussi dure. L'une des répercussions qui me préoccupe beaucoup, c'est que c'est là une autre question qui, selon moi, divise les provinces et le gouvernement fédéral. Les provinces—du moins les ministres de la Santé—ont presque unanimement demandé que la loi soit mise au rancart. Nous avons demandé une consultation, c'est-à-dire une consultation sérieuse. Le ministre fédéral nous a dit que c'était trop tard. Nous estimons pouvoir offrir au Canada un excellent régime de soins médicaux, par rapport aux autres pays; nous pouvons le faire comme nous l'avons fait depuis les dernières décennies, mais nous craignons fort que sous son libellé actuel et selon les modalités dont a parlé le ministre, la Loi canadienne sur la santé constituera une ingérence dans la compétence des provinces, tout en réduisant les soins médicaux, qui coûteront plus cher. Nous voulons donc dire en fait au ministre fédéral ceci: permettez-nous de vous prouver ce que nous avançons. Nous pouvons le faire, mais je crois que nous voulons maintenir notre style ou notre version de l'assurance-maladie, ou des soins médicaux, quelle que soit l'expression que vous préférez, en Colombie-Britannique. Nous pensons avoir produit dans notre province un régime supérieur à la moyenne du reste du Canada depuis de nombreuses années, mais nous ne critiquons pas les autres à cet égard. Nous avons réussi parce que nos structures sont suffisamment souples. Nous voyons donc certains aspects très négatifs dans ce projet de loi.

Monsieur le président, il me semble que si nous avions la possibilité d'avoir de bonnes consultations . . . Le ministre des Finances a envoyé une lettre au ministre fédéral pour lui demander des consultations. Je ne critique personne, mais je pense que depuis quelque temps, le manque de consultation représente un aspect grave quant à la Loi canadienne sur la santé.

[Texte]

We would very much like to see the bill withdrawn. Perhaps that is asking a great deal, but we fear that if it is brought in, the chaos which could follow, would do nothing but affect health care in a negative way, and probably cost more money, which should be spent on actual treatment rather than administration.

The Vice-Chairman: Mr. Minister, I . . .

Mr. Lachance: Mr. Chairman, the Minister has answered at length, but not to my question. I would just like to have one small comment.

The Vice-Chairman: We have a problem. Do you want to give an opportunity . . . ?

Mr. Lachance: My question was very small—very short; the answer shall be very small. I just want 15 seconds.

The Vice-Chairman: Fifteen seconds it is.

• 1800

Mr. Lachance: Yes. I would just like to say that in the mind of the minister, his own argument is that the new elements in the bill, the introduction of user fees and extra-billing and, of course the alleged underfunding of the system are the problems that he sees in the Bill, but the consolidation aspect of the Bill is for him not the most difficult part to address.

Mr. Nielsen: Consultation is a very important part. Mr. Chairman, I am sorry I am causing you some difficulties perhaps; I think the penalty aspect to me is asinine and extremely juvenile. As far as I am concerned, if we are doing it wrong, give us a year's notice and say that you are no longer going to send us any money, but let us not play this silly little game about dollar for dollar, with all the bureaucrats' trying to juggle the numbers and find out who has paid, who has not paid and the rest of it. We think we can provide the service; we think we can meet the criteria. It would take some discussion and consultation and we think it is very much within our capacity to do so.

The Vice-Chairman: Mr. Minister, I wonder if I could beg your indulgence for a few minutes to enable Mr. Reid to pose a couple of quick questions and then we will let you go.

Mr. Nielsen: We are flying Air Canada; we can be assured it will be late.

Mr. Reid (St. Catharines): Well, Mr. Chairman, Mr. Minister, I wanted to pose one question, but before I do that I make this general comment in response to an earlier comment. Little concern is being expressed around this table and by witnesses perhaps appearing before for the patients; there is apparently a greater concern for the medical profession itself. In so far as we in this crowd are concerned I would be prepared to adopt the words of the witness just previously to yours, presentation that the Minister of Health for the province of P.E.I. when he says:

We are missing a great opportunity; we are letting an opportunity slip through our hands really, to discuss

[Traduction]

Nous voudrions vraiment que ce projet de loi soit retiré. C'est peut-être trop demander, mais nous craignons que son adoption n'entraîne un chaos qui ne ferait que compromettre les soins médicaux, en augmentant le coût, alors que l'argent devrait être consacré plutôt aux soins médicaux qu'à l'administration.

Le vice-président: Monsieur le ministre, je . . .

M. Lachance: Monsieur le président, le ministre a répondu longuement, mais pas à ma question. Je voudrais faire une brève remarque.

Le vice-président: Nous avons un problème. Voulez-vous donner la possibilité . . . ?

M. Lachance: Ma question était très courte, et la réponse le sera aussi. Je demande seulement 15 secondes.

Le vice-président: Accordé.

M. Lachance: Bien. Je voudrais dire simplement que selon le ministre, les nouveaux éléments du projet de loi, l'introduction des frais modérateurs et de la surfacturation, de même que la prétendue insuffisance de financement du régime, sont les problèmes que pose ce projet de loi, selon lui, alors que la question de l'unification d'autres lois dans cette mesure législative ne lui paraît pas très difficile à accepter.

M. Nielsen: La consultation représente un aspect très important. Monsieur le président, je suis désolé de vous créer peut-être quelques difficultés; selon moi, la question des sanctions est absurde et élémentaire. J'estime pour ma part que si nous faisons quelque chose de mal, vous pouvez nous donner un préavis d'un an et nous dire que vous n'allez plus nous envoyer d'argent; mais ne jouons pas ce petit jeu ridicule du retrait d'argent à tant par infraction, avec tous les bureaucrates essayant de jongler avec les chiffres pour déterminer qui a payé et qui n'a pas payé, et ainsi de suite. Nous pensons pouvoir offrir le service et respecter le critère. Il faudrait certains pourparlers, des négociations, et nous pensons très bien pouvoir faire cela.

Le vice-président: Monsieur le ministre, puis-je vous demander votre indulgence pour quelques minutes, afin de permettre à M. Reid de poser quelques brèves questions, et ensuite, nous pourrions vous laisser partir.

M. Nielsen: Nous voyageons par Air Canada; il y aura presque certainement des retards.

M. Reid (St. Catharines): Très bien, monsieur le président; monsieur le ministre, je voulais poser une question, mais auparavant, je voudrais faire cette remarque générale à propos d'un commentaire qui a déjà été fait. Les patients semblent peu préoccuper aussi bien ceux qui sont autour de cette table que les témoins qui ont comparu devant le comité. On ne semble s'intéresser qu'à la profession médicale. Pour ce qui nous concerne, je serais disposé à adopter les termes du témoin qui vous a immédiatement précédé, je veux parler du ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, qui a dit, et je cite:

Nous laissons passer une excellente occasion; nous devrions discuter de l'assurance-maladie dans son sens le plus large et

[Text]

medicare in its broader concept and the delivery of that service to the patients of our respective provinces wherever we come from.

That is a major concern of mine and I would hope that the opportunity would be here and I would suggest—I do not want to not put words in your mouth—that one of the reasons you are here, sir, is the fact that if we pass Bill C-3 now, the opportunity will not come within a foreseeable period of time for us to discuss medicare to the degree and the extent that we would like to have the opportunity of discussing it. Am I right in that submission?

Mr. Nielsen: Our position in B.C. is indeed similar to that. If the bill goes through, we believe that will be the end of the discussion on medicare for some time. Mr. Chairman, we believe indeed there is a tremendous need for consultation with respect to medicare. There are a few questions that should be asked and, I think, must be asked, one of which is very, very basic. It is not only the question of what health care system do we wish to have for Canadians, but the question is, what can we afford? If we deem that we must have this comprehensive system, then the question is: How do we fund it? How do we fund it so it is equitable? We can argue and use statistics, and we have statistics from Stats-Can and others with some slight variation, but it would appear that the concept of equitable funding is not in reality there.

We are not even complaining about the 50% as an absolute necessity because we have been funding our health care system in the province without 50% for some time. What we are saying is, please do not intrude any further. We are getting by now and we complain; it is our role as a provincial government to do so, but we are getting by. What we are saying is, do not make it worse than it is now because we will have no alternatives.

We have three choices only: increased taxation, borrow money, reduce services. We have clearly indicated by our budgets over the past number of years that we do not intend to reduce services. We have indicated by way of this budget that we are prepared to increase taxation. We do not wish to borrow to pay for operational costs if we can avoid that.

Mr. Chairman, I think all of that can be met if there were meaningful consultation. I said in the legislature the other day and one of my members opposite did not think the remark was appropriate, that it is a sad state of affairs in British Columbia when health becomes a partisan political discussion. All members of all parties that I am aware of, have the same desires in mind for the people of Canada, and it can be achieved. We certainly cannot spend that much time arguing in a partisan political way over who wants to hear the people better than the other party. It can be achieved. It is unfortunate that it has become as much of a political issue as it is now, and believe me, Mr. Chairman, if there were not a federal

[Translation]

de la prestation de ce service aux patients de nos provinces respectives, d'où que nous venions.

Cela me préoccupe beaucoup, et j'espère que nous profiterons de cette occasion, et je dirais—je ne voudrais pas parler en votre nom—que l'une des raisons pour lesquelles vous êtes ici, monsieur, c'est que si nous adoptons maintenant le Bill C-3, nous n'aurons pas la possibilité, dans un avenir prévisible, de discuter de l'assurance-maladie autant que nous voudrions pouvoir le faire. Ai-je raison?

M. Nielsen: Notre position, en Colombie-Britannique, est justement proche de celle-ci. Si le projet de loi est adopté, nous pensons que ce sera la fin de la discussion sur l'assurance-maladie pendant un certain temps. Monsieur le président, nous estimons vraiment que cette question exige une consultation. Il faudrait poser certaines questions, dont l'une me paraît fondamentale. Il ne s'agit pas seulement de savoir quel régime de santé nous souhaitons avoir pour les Canadiens, mais plutôt de se demander si nous pouvons nous permettre une telle dépense. Si nous estimons qu'un régime aussi exhaustif s'impose, nous devons alors nous demander comment le financer. Comment le financer afin qu'il soit équitable? Nous pouvons discuter et utiliser des statistiques—nous avons celles de Statistique Canada, et d'autres encore, avec quelques légères variantes—mais il semblerait que le concept de financement équitable ne soit pas une réalité.

Nous ne nous plaignons même pas des 50 p. 100 comme étant une nécessité absolue, car nous finançons depuis quelque temps notre régime de soins médicaux dans la province sans ces 50 p. 100. Nous vous demandons simplement de bien vouloir ne pas vous ingérer davantage. Nous nous en sortons maintenant et nous nous plaignons; c'est notre rôle, comme gouvernement provincial, de procéder de la sorte, mais nous parvenons à nos fins. Nous vous demandons de ne pas nous rendre les choses plus difficiles qu'elles ne le sont actuellement, car nous n'aurons aucune autre possibilité.

Nous n'avons que trois choix possibles: augmenter les impôts, emprunter de l'argent ou réduire les services. Nos budgets ont bien montré, ces dernières années, que nous n'avons pas l'intention de réduire les services. Nous avons dit dans ce budget que nous sommes disposés à augmenter les impôts. Nous ne souhaitons pas emprunter pour payer les coûts de fonctionnement, si nous pouvons l'éviter.

Monsieur le président, je pense que tout cela peut être réglé grâce à une consultation sérieuse. Je l'ai dit à l'Assemblée législative l'autre jour, et l'un de mes opposants politiques n'a pas pensé que la remarque était pertinente. Il est navrant qu'en Colombie-Britannique, les discussions sur la santé se déroulent dans un climat de sectarisme politique. À ma connaissance, tous les députés de tous les partis souhaitent la même chose pour les Canadiens, et c'est donc quelque chose de réalisable. Nous ne pouvons certainement pas consacrer tant de temps à nous quereller pour savoir quel parti politique souhaite mieux entendre les citoyens que l'autre. L'objectif n'est pas irréalisable. Il est dommage que la question soit devenue si politique qu'actuellement, et croyez-moi, monsieur le président, si la

[Texte]

election in the offing, it would probably be a much more heated debate than it has been to this point.

• 1805

The Vice-Chairman: I want to give Dr. Hudecki, one thirty second . . .

Mr. Hudecki: A very major variable in all the Ministers that come here is the extent of the extra benefits that are given. From hearing yours, I would think yours is probably the most bemusing small "I" liberal. You know, that is one of the major problems—how can we compare medicare in each province when there is such a tremendous variability. Is yours the most liberal one of the group?

Mr. Nielsen: I would think using a small "c", it is most comprehensive. Yes, I think without question that British Columbia benefits to the citizens under our health care scheme are by far the most comprehensive in the country. We have been able to expand the program considerably over the years without asking for equal sharing from the federal government, and I do not really think it is our intent to do so, unless the federal legislation insists that certain aspects of health care now be included. Then of course we would seek some contribution.

The Vice-Chairman: Thank you very much, especially in view of the fact that you are in the middle of a budget debate. Your presence is very much appreciated.

Mr. Nielsen: Thank you, Mr. Chairman. It has been a pleasure.

The Vice-Chairman: Colleagues, before you go, the Minister of Health for Manitoba who was scheduled to be here tomorrow morning will not be here. We will therefore hear Professor Symington tomorrow morning instead of this evening, so the only witness this evening will be the Minister of Health for Ontario, at 7.30. Tomorrow the meeting will begin at 9.30 a.m., instead of 9.00.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

question des élections fédérales n'était pas remise en veilleuse, le débat aurait probablement été beaucoup plus passionné qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Le vice-président: Je voudrais donner à M. Hudecki 30 secondes . . .

M. Hudecki: Une très importante variable, parmi tous les ministres qui comparaissent ici, est la quantité des avantages supplémentaires accordés. D'après ce que vous dites, votre régime est probablement le plus libéral, avec un petit «I». Vous savez, l'un des principaux problèmes . . . Comment pouvons-nous comparer l'assurance-maladie dans chaque province, alors qu'il existe des variantes aussi considérables? Votre régime est-il le plus libéral du groupe?

M. Nielsen: Nos services sont très complets. Oui, il est indéniable que les avantages offerts aux citoyens de la Colombie-Britannique en vertu du régime de soins médicaux sont de loin les plus complets au pays. Nous avons pu étendre considérablement le programme, depuis des années, sans demander au gouvernement fédéral de partager également les coûts, et je ne pense pas vraiment que telle soit notre intention, à moins qu'une loi fédérale n'insiste pour que certains aspects des soins médicaux soient maintenant inclus. Dans ce cas, nous demanderions bien sûr une certaine contribution.

Le vice-président: Merci beaucoup, d'autant plus que vous êtes en plein débat sur le budget. Votre présence est très appréciée.

M. Nielsen: Merci, monsieur le président. Ce fut un plaisir.

Le vice-président: Chers collègues, avant que vous ne partiez, je voudrais vous dire que le ministre de la Santé du Manitoba, qui devait comparaître ici demain matin, ne pourra pas venir. Nous entendrons donc le professeur Symington demain matin au lieu de ce soir; par conséquent, le seul témoin de la soirée sera le ministre de la Santé de l'Ontario, à 19h30. La séance, demain matin, commencera à 9h30 au lieu de 9 heures.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the government of Prince Edward Island:

The Honourable Albert P. Fogarty, Minister of Health and
Social Affairs.

From the Government of British Columbia:

The Honourable James Neilson, Minister of Health;
Mr. Chris Lovelace, Executive Director, Policy Planning
and Legislation, Ministry of Health.

Du gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard:

L'honorable Albert P. Fogarty, Ministre de la Santé et des
Affaires sociales.

Du gouvernement de la Colombie-Britannique:

L'honorable James Neilson, Ministre de la Santé;
M. Chris Lovelace, directeur exécutif, «Policy Planning and
Legislation», Ministère de la Santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Wednesday, February 22, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le mercredi 22 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, FEBRUARY 22, 1984
(22)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:40 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance and Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Messrs. Hopkins and Lang.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the Government of Ontario: The Honourable Keith Norton, Minister of Health; and Dr. Edward Moran, General Secretary, Ontario Medical Association.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The Honourable Keith Norton made a statement, and with the other witness, answered questions.

At 9:55 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 22 FÉVRIER 1984
(22)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 19 h 40, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance et Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: MM. Hopkins et Lang.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: Du gouvernement de l'Ontario: L'honorable Keith Norton, ministre de la Santé; et le D^r Edward Moran, secrétaire général, «*Association médicale de l'Ontario*».

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

L'honorable Keith Norton fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

A 21 h 55, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Wednesday, February 22, 1984

• 1940

The Chairman: Order, please. I will call to order this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. I will have to ask the cameramen to leave, please.

We are carrying on with the study of Bill C-3, the Canada Health Act, and we are very pleased to have with us tonight the Hon. Keith Norton and a delegation from the Province of Ontario. Mr. Norton is the Minister of Health from Ontario.

Mr. Minister, we are honoured to have you and many of the other Ministers of Health from around the country before our committee on this very important Bill and very important issue. We do have your brief before us and we would like some time to question afterwards, if possible. But we are in your hands as to how you wish to proceed.

Mr. Minister.

Mr. Keith Norton (Minister of Health, Province of Ontario): Thank you very much, Mr. Chairman and Hon. Members.

I would like to begin by saying that, as Minister of Health for Ontario, I accepted the invitation to meet with the committee this evening because the matter now before you, namely the proposed Canada Health Act, touches upon issues that are of vital concern to all the residents of our province. I also believe what is or is not achieved through your deliberations and discussions over the next few days is destined to have a profound impact on the lives of all Canadians for many years to come.

The establishment of publicly funded health care as we know it in this country is one of the great achievements of our society. The concept that every Canadian is entitled to a comprehensive range of health care services without reference to ability to pay is deeply ingrained in our national identity and I think, without any exaggeration, can be said to be one of the strong unifying bonds that we share. So when we discuss changes to the legislative foundation upon which our health care system is built, all governments have a responsibility to proceed in a spirit of co-operation and mutual respect. I believe we are, after all, striving towards the same goal: the best possible health care and health care system for the people of Canada.

Let me emphasize that Ontario has traditionally supported and continues to support the application of general principles for health care delivery on a national basis. The existing legislation... in particular, the Medical Care Act and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, reflects the five great principles which give shape to the health care system we know today. Universal access by the population, a compre-

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mercredi 22 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Cette réunion du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales est ouverte. Je demanderais aux cameramen de bien vouloir quitter la pièce.

Nous poursuivons l'examen du Bill C-3, la Loi canadienne sur la santé; nous avons le plaisir d'accueillir ce soir l'honorable Keith Norton et une délégation de la province de l'Ontario. M. Norton est le ministre de la Santé de l'Ontario.

Monsieur le ministre, nous sommes heureux de vous accueillir; nous avons reçu plusieurs autres ministres provinciaux de la santé pour entendre leurs opinions sur ce projet de loi très important. Nous avons reçu votre mémoire et nous aimerions vous poser quelques questions lorsque vous en aurez terminé la lecture. Mais vous pouvez procéder comme bon vous semble.

Monsieur le ministre.

M. Keith Norton (ministre de la Santé, province de l'Ontario): Merci beaucoup, monsieur le président et honorables députés.

Monsieur le président, qu'il me soit permis de mentionner d'abord que si j'ai accepté, en tant que ministre de la Santé de l'Ontario, de me présenter devant ce Comité de la Chambre des communes, c'est parce que le sujet qui est actuellement à l'étude, c'est-à-dire la Loi canadienne sur la santé, touche des questions qui sont d'une importance vitale pour tous les résidents de notre province. J'estime également que les résultats de vos délibérations et de vos discussions au cours des prochains jours auront des répercussions profondes sur la vie de tous les Canadiens pendant de nombreuses années.

L'établissement d'un régime de soins médicaux financé par les fonds publics, comme celui dont nous disposons au Canada, est l'une des grandes réalisations de notre société. La notion selon laquelle tous les Canadiens ont le droit de bénéficier d'une gamme complète de services médicaux, sans égard à leurs moyens financiers, est profondément ancrée dans notre identité nationale, et il n'est pas exagéré d'affirmer que c'est un des liens qui nous unissent le plus étroitement. Aussi, lorsqu'il s'agit d'étudier les changements à apporter aux mesures législatives sur lesquelles notre système de soins médicaux est fondé, tous les gouvernements ont la responsabilité de le faire dans un esprit de collaboration et de respect mutuel. Après tout, nous visons tous le même but: offrir à la population du Canada le meilleur système de santé qui soit.

Qu'il me soit permis de souligner que l'Ontario a toujours appuyé et continue d'appuyer l'application de principes généraux à l'échelle nationale dans la prestation des services médicaux. Les mesures législatives existantes, en particulier la Loi sur les soins médicaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, reflètent les cinq grands principes qui sont à la base du système de soins médicaux dont

[Texte]

hensive range of services, portability of benefits from province to province, public administration of the insurance plans and access to insured services without financial barriers are all commonly held objectives within our governments.

The functioning of our health care system, however, cannot be described as simply another government activity. Clearly, with their legislated responsibilities and designated spheres of jurisdiction, the two levels of government do play an essential role in financing, managing and ensuring health care delivery. But how well we are able to fulfil these responsibilities ultimately depends upon our complex and interlocking relationship with a great number of health care providers and institutions and with a host of health and health-related organizations and associations.

By definition and nature, health care is an activity of profoundly human dimensions, and this quality permeates every aspect of our health care system. I therefore considered it to be part of my responsibility as Ontario Minister of Health to advise a number of the key health care providers in our province about my meeting with this committee, and further, I asked them to share with me any suggestions or concerns they might have with respect to the proposed new health care legislation.

Three of the organizations I contacted have sent representatives with me this evening. I would now like to introduce to the committee Mr. Peter Carruthers, the Executive Director of the Ottawa Civic Hospital and President of the Ontario Hospital Association; Dr. Edward Moran, the General Secretary of the Ontario Medical Association; and Dr. Kevin Roach, President of the Ontario Dental Association. These three organizations have sent their representatives to assist both me and this committee on matters of detail relative to our discussions tonight. I do not now intend to serve as spokesman for the physicians, hospitals, the nursing profession or any of the other health care provider groups. As Minister, I am here to represent the interests of the people of our Province in a health care system which they value highly and which they consider an essential part of the quality of life they enjoy.

• 1945

It is a fact of life in Ontario, just as it is in every other part of our country, that consultation and co-operation among the participants in our health care system is essential if the system is to operate with any degree of effectiveness, if the needed services and resources are to be in place, staffed and maintained, and if the health care needs of the people are to be properly met.

Because so many people and professions are involved in the provision of health care, we can clearly expect that many opinions and viewpoints will be placed in the arena. In my

[Traduction]

nous bénéficions à l'heure actuelle. L'accès universel aux soins médicaux, une gamme complète de services, la possibilité de transférer la protection d'une province à une autre, l'administration publique des régimes et l'accès aux services assurés sans obstacles d'ordre financier: voilà les objectifs communs que poursuivent nos gouvernements.

Le fonctionnement de notre système de soins médicaux ne peut toutefois se décrire en termes aussi simples que toute autre activité gouvernementale. Il est évident que, en vertu des responsabilités qui leur sont conférées par la loi et dans les limites de leurs domaines de compétence respectifs, les deux paliers de gouvernement jouent un rôle essentiel dans le financement, la gestion et la prestation des services de santé. Mais la façon dont nous nous acquittons de ces responsabilités dépend en dernière analyse des relations complexes que nous entretenons avec un grand nombre d'établissements et de pourvoyeurs de services de santé, ainsi qu'avec une foule d'organismes et d'associations qui oeuvrent dans le domaine de la santé.

De par leur définition et leur nature, les services médicaux constituent une activité dont la dimension humaine est considérable, et ce caractère se manifeste dans tous les aspects de nos services de santé. À titre de ministre de la Santé de l'Ontario, j'ai cru bon, par conséquent, d'informer un certain nombre d'importants pourvoyeurs de services de santé de la province du fait que j'adresserais la parole à votre Comité. Je leur ai également demandé de me faire part de leurs préoccupations et de leurs suggestions en ce qui a trait au nouveau projet de loi sur la santé.

Trois des organismes avec lesquels j'ai communiqué ont envoyé des représentants à la présente réunion. J'aimerais maintenant présenter aux membres du Comité, M. Peter Carruthers, directeur général du *Civic Hospital* d'Ottawa et président de la *Ontario Hospital Association*, le docteur Edward Moran, secrétaire général de la *Ontario Medical Association* et le docteur Kevin Roach, président de la *Ontario Dental Association*. Ces trois organismes ont envoyé leurs représentants pour m'aider et pour aider le Comité dans l'étude des questions de détail. Je n'entends pas agir comme porte-parole des médecins, des hôpitaux ou des infirmiers, ni d'aucun groupe de pourvoyeurs de services de santé. En tant que ministre, je suis ici pour défendre les intérêts de la population de notre province dans un régime de soins médicaux auquel elle attache une grande importance et qu'elle considère comme une partie essentielle de la qualité de la vie.

C'est un fait reconnu en Ontario, comme dans le reste du pays, que la consultation et la collaboration entre les divers responsables de notre système de soins médicaux sont essentielles si l'on veut que le système fonctionne de façon efficace, que les ressources et les services nécessaires soient mis en place, maintenus et dotés du personnel nécessaire, et que les soins médicaux répondent pleinement aux besoins de la population.

Comme bien des gens et bien des professions participent à la prestation des services de santé, nous pouvons bien sûr nous attendre à ce que de nombreux points de vue soient exprimés.

[Text]

view, it is the role of government to create an environment out of all this, where agreement on basics and a working consensus among the numerous health care participants can be reached.

Among those of us active in health care, unanimity of opinion and agreement on all the details of all the issues is quite likely beyond our grasp. In any case, it is probably healthier for the system that this should be so. This state of affairs may be less tidy than an imaginary perfect world, but it is the reality we contend with daily, and our capacity for seeking change and innovation frequently surfaces as we explore our points of disagreement.

It was with this background in mind that last year we initiated a series of planning conferences with representatives from all the health care providers, consumer and patient advocate groups, and with all the major health and health-related organizations in the Province. To date, nearly 1,000 people have been a part of this effort.

We began the process in response to a number of serious challenges which are now facing our health care system, challenges, for example, related to the changing demographic trends, the growth in high technology, the growth in the demand for services and our changing health care manpower needs and requirements. We had as our objective the identification of those priorities that would assist us in developing long-range strategies for managing the health care system through the rest of this decade and into the years beyond. We made it a broadly-based consultative process for the reason I mentioned a moment ago: Health care can only work effectively when there is consensus and agreement among the key players and participants in the health care system.

Stage one of the consultation process is now complete and within a few months I expect we will be ready to move on to give further clarity and refinement to the health care priorities that have been identified through that process. I believe it is fair to say that as a result of these meetings, many health care groups and institutions have a better understanding of the challenges being faced by their colleagues and we have begun to create a new awareness and understanding in the Province about the health care system as a "system". We therefore recognize and accept the intent of the federal government to consolidate and update the legislation that touches on national health care standards.

We have had publicly-funded health care in this country for almost 20 years now, and this is the first major overhaul of the federal legislation during that time. I want now to share some of my observations about the draft Bill you are considering.

What we appear to have is a fiscal transfer Bill addressing health care funding from the federal perspective. The legislation specifies the terms of the new funding arrangements between our two levels of government, and details fairly explicitly what conditions are to be imposed on those who have

[Translation]

A mon avis, c'est le rôle du gouvernement de créer un milieu favorable pour que les nombreuses parties en cause dans la prestation des services de santé parviennent à un accord général quant aux principes de base.

Il est peu probable que ceux d'entre nous qui oeuvrent activement dans le domaine de la santé parviennent à l'unanimité d'opinion et à un accord général sur tous les détails de toutes les questions à l'étude. Quoi qu'il en soit, il est probable que de cette façon le système ne s'en portera que mieux. Nous sommes loin d'un système parfait qui ne pourrait exister que dans un monde imaginaire, mais c'est là la réalité à laquelle nous devons faire face tous les jours, et c'est souvent en essayant de régler nos différends que nous arrivons à progresser et à innover.

C'est dans cette optique que vous avons organisé, l'an dernier, une série de réunions de planification avec des représentants de tous les groupes de pourvoyeurs de services de santé, de consommateurs et de défenseurs des patients, ainsi qu'avec les principaux organismes de la province qui oeuvrent dans le domaine de la santé. Jusqu'ici, près de 1,000 personnes ont joint leurs efforts aux nôtres.

Nous avons entrepris ce processus pour résoudre un certain nombre de graves difficultés auxquelles notre système de santé doit faire face: les nouvelles tendances démographiques, par exemple, les progrès technologiques, l'accroissement de la demande de services et les changements survenus dans les besoins et les exigences en ce qui a trait à la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé. Notre objectif était de déterminer les priorités qui pourraient nous aider à élaborer des stratégies à long terme en matière de gestion du système de santé durant le reste de la décennie et ultérieurement. Nous en avons fait un processus consultatif de grande envergure pour la raison mentionnée il y a un moment: les services médicaux ne peuvent être efficaces que si un accord général existe entre les principaux participants.

La première étape du processus de consultation est maintenant terminée et j'espère être en mesure d'ici quelques mois d'éclaircir davantage et de mettre au point les priorités qui ont été établies. J'estime qu'il est juste d'affirmer que, grâce à ces réunions, de nombreux groupes de responsables de services médicaux et de nombreux établissements comprennent mieux les difficultés auxquelles leurs collègues font face et que nous avons commencé à susciter une prise de conscience dans la province à propos des services médicaux en tant que «système». Par conséquent, nous reconnaissons et nous acceptons le fait que le gouvernement fédéral entend réunir et mettre à jour les lois touchant les normes nationales en matière de services de santé.

Il y a maintenant près de 20 ans que la population de notre pays bénéficie des services médicaux financés par les fonds publics, et c'est la première fois que les lois fédérales dans ce domaine subissent une révision importante.

J'aimerais maintenant vous communiquer certaines observations à propos de l'avant-projet de loi qui est à l'étude. Le projet de loi m'apparaît comme une forme de transfert fiscal en vertu duquel le financement des services médicaux est envisagé sous une perspective fédérale. La loi précise les

[Texte]

the management responsibility for the delivery of health care services, in other words, the Provinces.

It is quite natural perhaps, with the federal government's responsibility to ensure national health care standards, that this would be a bias built into the legislation. It is also quite natural that I, as a provincial Minister with the responsibility for managing the actual provision of health care services, will approach the matter from a different starting point.

I would argue, as you might expect, that the priorities should be reversed. I firmly believe that what we must first determine is our future need for health care services and the demand patterns that we might expect; second, we must assess what real ability we have to give new direction and shape to the provision of health care services and to make the system as efficient, effective and economic as possible; and finally, after we have done all that, we then proceed to determine the most appropriate funding mechanisms that will enable the system to work.

• 1950

I will say to this committee, however, that while our priorities might be different, they do not mutually exclude one another, and both sides must be ready to seek accommodation, compromise, and a broad area of agreement, if we are to be successful at this task.

Access to fine quality health care services, which Canadians in every province enjoy, is now considered to be a right, not just a privilege of living in this country. We have a responsibility, therefore, to see that it does not become captive to one party or another or hostage in yet another federal-provincial dispute.

Surely after nearly 20 years of experience with medicare we have more collective wisdom than to believe the threats to our health care system are items such as extra-billing and user fees.

Without question these are matters needing attention. I am convinced, however, that the provinces have every capability of dealing with them in their own context and experience.

Ontario does not support and does not intend to impose user charges that deter access to necessary health services. However, we are not prepared to accept the assumption that limited user charges, by definition, constitute such barriers. In any case, we do not now have user fees in our province which are in breach of the proposed new federal guidelines.

[Traduction]

termes des nouvelles dispositions relatives au financement entre nos deux paliers de gouvernement, et elle détaille de façon assez explicite les conditions qui doivent être imposées à ceux qui sont responsables de la gestion des services médicaux, en d'autres termes, aux provinces.

Il est peut-être tout à fait naturel que le gouvernement fédéral, vu qu'il a la responsabilité de veiller à l'observation de normes nationales en matière de services médicaux, incorpore de telles dispositions à l'avant-projet de loi. Il est aussi tout à fait naturel de ma part, en tant que ministre provincial de la santé chargé d'assurer la gestion des services médicaux proprement dits, d'aborder la question d'un point de vue différent.

Comme vous vous y attendez peut-être, je pourrais soutenir qu'il faut inverser les priorités. Je crois fermement que ce que nous devons établir d'abord ce sont nos besoins futurs en matière de services de santé et les formes que pourra prendre la demande. Deuxièmement, nous devons déterminer de quelle façon nous pouvons donner une nouvelle orientation et une nouvelle forme à la prestation des services médicaux tout en rendant le système le plus efficace et le plus économique possible. En dernier lieu, nous devons déterminer les mécanismes de financement les plus appropriés pour assurer le fonctionnement du système.

J'aimerais toutefois dire au Comité que, même si nos priorités sont différentes, les unes n'excluent pas les autres et que, pour obtenir de bons résultats, les deux parties doivent être disposées à faire des compromis et à essayer de s'entendre.

L'accès à des services médicaux de haute qualité, dont jouissent les Canadiens dans toutes les provinces, est maintenant considéré comme étant un droit acquis et non pas un privilège. Nous avons donc la responsabilité d'assurer que ce droit ne devienne pas l'apanage de l'une ou de l'autre des parties en cause et qu'il ne fasse pas les frais d'une nouvelle dispute entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Le régime d'assurance-maladie existe depuis près de 20 ans et l'expérience que nous en avons tous ne saurait nous convaincre que notre régime d'assurance-maladie est menacé par la surfacturation ou par les frais modérateurs.

Il va de soi que ces questions méritent notre attention. Mais je suis convaincu que les provinces ont tous les moyens voulus pour y répondre dans leur propre contexte et à l'aide de leur propre expérience.

L'Ontario ne favorise pas des frais modérateurs, qui ne fera que restreindre l'accès aux services de santé, et elle n'a pas l'intention de les imposer. Nous ne croyons pas non plus, cependant, que le recours limité aux frais modérateurs constitue nécessairement un obstacle. Quoi qu'il en soit, nous n'avons présentement, dans notre province, aucune système de frais modérateurs qui enfreigne les nouvelles directives proposées par le gouvernement fédéral.

[Text]

Our chronic care and extended care co-payments, for example, are based on the recognition that for most people long-term care represents a change in the individual's place of residence. Substantial federal and provincial government assistance is provided to the elderly to maintain their residence in the community.

Upon entry into long-term institutional care, when expenses of community living cease, we feel it is appropriate to impose a charge that recovers some of that government support.

This avoids what in effect would be a double subsidy—a pension which is intended to assist with living costs in the community along with the provision of shelter and food at no charge in an institution.

In extra-billing as well, we believe the provincial government should be the principal arbiter.

Since the beginning of medicare, physicians in Ontario have had the right to opt out of the provincial health insurance plan and bill their patients directly, provided this does not deter patients from seeking and obtaining necessary medical care.

We accept that this option is an important one even to those physicians who participate in the plan, and that for many it is a symbolic right and principle.

The health care services of doctors are crucial to the successful operation and function of our health care system. I believe we must therefore be sensitive to their concerns and prepared to listen and to negotiate in good faith on those matters relating to the practice of their profession.

I would also point out that the proportion of opted-out physicians in Ontario has been steadily declining over the past few years, from a peak of 18% in March of 1979 to 14.3% in January of 1984.

Ontario also has in place a system whereby opted-out physicians may bill OHIP directly through registered groups. These physicians' associations accept the level of OHIP payment as payment in full for services provided in public hospitals, nursing homes and other institutional settings.

As a result, less than 6% of the total claims processed by OHIP cover services performed on an opted-out basis. That is not the same as extra-billing; those are opted-out procedures. Even fewer are extra-billed. I believe these overall levels are compatible with the commitment to a universal and accessible system.

The political reality is that the right of the physician to opt out of medicare can be sustained only in the context of visible and guaranteed access to all health care services at OHIP rates in every part of the province. The doctor's freedom to

[Translation]

La quote-part pour les soins aux malades chroniques et les soins prolongés, par exemple, repose sur le fait que, pour la plupart des malades, les soins prolongés impliquent le placement dans une institution. Les gouvernements fédéral et provincial accordent une aide substantielle aux personnes âgées pour leur permettre de rester dans la collectivité.

A partir du moment où un malade entre dans une institution où l'on offre des soins prolongés, il n'a plus à subvenir à ses besoins dans la collectivité et nous estimons qu'il est normal d'exiger un montant qui permette de recouvrer une partie de l'aide consentie par le gouvernement.

On évite ainsi une double subvention: d'une part, une pension qui a pour objet d'aider le malade à subvenir à ses besoins dans la collectivité et, d'autre part, la nourriture et l'hébergement sans frais dans une institution.

Pour ce qui est de la surfacturation, nous estimons là aussi que c'est le gouvernement provincial qui doit être l'arbitre principal.

Les médecins de l'Ontario ont toujours eu le droit de ne pas participer au régime d'assurance-maladie de l'Ontario et de facturer directement leurs patients—dans la mesure où cette situation n'empêche pas ces derniers d'obtenir les soins médicaux dont ils ont besoin.

Nous reconnaissons l'importance de cette option, même pour les médecins qui participent au régime, et, pour de nombreux médecins, il s'agit là d'un principe et d'un droit symbolique.

Les médecins jouent un rôle primordial dans le fonctionnement de notre système de soins médicaux. J'estime donc que nous devons être sensibles à leurs préoccupations et être prêts à les écouter, et à négocier en toute bonne foi les questions touchant l'exercice de leur profession.

J'aimerais signaler que le pourcentage de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-maladie de l'Ontario n'a cessé de décroître depuis quelques années; il est passé en effet d'un maximum de 18 p. 100 en mars 1979 à 14.3 p. 100 en janvier 1984.

Il existe, en Ontario, un mécanisme qui permet aux médecins qui ne participent pas au régime de facturer ce dernier directement par l'entremise de groupes inscrits. Ces associations de médecins acceptent des honoraires selon le barème de l'OHIP en règlement intégral de leurs notes pour des services prodigués dans des hôpitaux, des foyers et d'autres institutions publiques.

Il s'ensuit que moins de 6 p. 100 des demandes de règlement qui sont envoyées à l'OHIP ont trait à des services fournis dans des conditions de non-participation. Ce n'est pas la même chose que la surfacturation; il s'agit de médecins qui ne participent plus au régime. Et la surfacturation est encore moins fréquente. À mon avis, ces chiffres ne remettent pas en question notre engagement quant à un système universel et accessible.

La réalité politique veut que le droit du médecin de ne pas participer au régime ne peut être maintenu que si la population est assurée du fait qu'elle peut avoir accès aux services de santé aux tarifs de l'OHIP partout dans la province. Autre-

[Texte]

choose, in other words, must be balanced by freedom of choice for the patients as well.

The strength of the medicare principles we now have is that they establish objectives without specifying the specific means to attain them. This allows the provinces needed flexibility to deal with a changing health care environment and to establish the service priorities appropriate to their needs.

Under the Constitution, health care delivery is clearly a provincial responsibility. While we recognize the federal role in formulating national standards and participating in health care funding, we can see nothing beneficial in a gradual federal encroachment into the delivery of services, the design of programs or the choice of financing methods.

Provincial flexibility in this field is more than a constitutional nicety; it is essential to maintaining the quality of care.

© 1955

For example, the provision of land and air ambulance services in northern and remote communities of Ontario, the operation and maintenance of our psychiatric hospitals, the drug benefit program for the elderly and low-income families, are not part of the defined comprehensive services that Ottawa funds. But they clearly are health care services the people of Ontario expect; and we pay for these services entirely out of provincial revenues.

The federal government, however, has indicated that it wants greater recognition for its financial contribution to health care. We agree that is fair. But recognition does not mean dictating provincial priorities for health care services. I would therefore hope that as you consider the legislation now before you, you will avoid imposing rigid conditions on the provinces, which would limit our freedom to manage the health care system efficiently and effectively.

Ottawa has already acted in the vital area of health care financing by abandoning a previous commitment to revenue guarantees under the established program financing arrangement. This will mean a total loss to the provinces of more than \$5 billion over a five-year period. Ontario is absorbing a loss of \$1.7 billion in funding, with a net loss in health care alone of \$1.2 billion over that period. These reductions have been imposed at a time when the demand for health care is expanding rapidly. In Ontario, my ministry's budget has grown by 58% in the past three years, surpassing inflation by 22%. Yet between 1979-80 and 1983-84, our calculations show that the federal share of Ontario health care financing fell from just over 49% to approximately 41%.

[Traduction]

ment dit, la liberté de choix du médecin doit être équilibrée par celle du malade.

Ce qui fait la force du régime que nous avons présentement, c'est qu'il repose sur des principes qui permettent d'établir des objectifs sans que l'on ait à préciser les moyens à prendre pour les atteindre. Cela donne aux provinces la souplesse voulue pour faire face aux changements qui surviennent dans les services de santé et établir les priorités en fonction de leurs besoins.

En vertu de la Constitution, la prestation des services de santé relève clairement des provinces. Nous reconnaissons le rôle du gouvernement fédéral dans la formulation de normes nationales et dans sa participation au financement des services de santé; mais nous ne voyons rien de bon à un empiètement progressif de sa part dans la prestation des services, la conception des programmes ou le choix des méthodes de financement.

La souplesse au palier provincial dans ce domaine ne saurait être qu'un raffinement constitutionnel; elle est essentielle au maintien de la qualité des services.

Par exemple, la prestation de service d'ambulance routiers et aériens dans le Nord et les collectivités isolées de l'Ontario, l'exploitation des hôpitaux psychiatriques et le régime de médicaments gratuits pour les personnes âgées et les familles à revenu modique ne figurent pas parmi l'ensemble de services qu'Ottawa subventionne. Mais les Ontariens comptent sur ces services de santé que nous payons intégralement à même les recettes provinciales.

D'après ce qu'il a laissé entendre, le gouvernement fédéral veut que l'on reconnaisse davantage sa participation financière aux services de santé, et nous convenons que c'est juste. Mais cela ne signifie pas qu'il doive déterminer quelles sont les priorités des provinces dans ce domaine. J'espère donc qu'en étudiant le présent projet de loi vous vous garderez d'imposer aux provinces des conditions rigides, car elles ne feraient que limiter notre liberté d'administrer notre système de soins médicaux avec efficacité.

Ottawa est déjà intervenu dans le domaine primordial du financement des services de santé en se soustrayant à un engagement antérieur ayant trait aux garanties de recettes, dans le cadre de l'accord de financement des programmes établis. Cette décision se traduit, pour les provinces, par une perte totale de plus de cinq milliards de dollars sur une période de cinq ans. L'Ontario absorbe une perte de 1.7 milliard de dollars en subventions, la perte nette dans le domaine de la santé se chiffrant à elle seule à 1.2 milliard de dollars sur cette période. Ces réductions ont été imposées en une période où la demande de services de santé augmente rapidement. En Ontario, le budget de mon ministère a augmenté de 58 p. 100 ces trois dernières années, soit 22 p. 100 de plus que le taux de l'inflation. Cependant, nous avons calculé qu'entre 1979-1980 et 1983-1984 la part fédérale de financement des services de santé de l'Ontario est passée d'un peu plus de 49 à environ 41 p. 100.

[Text]

I find it especially difficult to understand a renewed federal demand for more standards and controls concurrent with reduced federal funding. I believe this will only constrain our ability to manage health care effectively, and it will certainly restrict our ability to introduce change and innovation into the system when that is needed.

The fact is while we are witnessing reductions in federal funding and escalating demand for health services, numerous other priorities are asserting a legitimate claim on provincial financing. Housing, energy development, and social services are just three I might mention. Health care is only one of many essential programs supported by the province. In the past, health care funding has been protected by our provincial government, but with reduced federal financing that pre-eminent position could begin to be jeopardized.

Today I will be tabling a background paper which addresses many of the concerns my ministry has with the proposed act and regulations as they are now drafted. I am asking the members of the committee to give this document very careful consideration and attention.

Mr. Chairman, the corner-stone of the national health insurance program has been mutual trust and consultation between the two orders of government. Equally important and essential has been our co-operative relationship with the providers of care and the public. Surely negotiation rather than ultimatum is the only route to lasting resolution of any health care issues that come before us.

I would like to say to the members of this committee that from my perspective there are some major and important challenges now confronting health care in Canada. The growing demand for more and more health care services, our costly dependence upon institutional and curative forms of care, the potential benefits and the threat of huge cost escalations and the explosive growth of medical high technology, the need for more co-operation and consultation among the now highly structured and defined health care professions, our manpower and service needs to care for a growing elderly population and a growing instance of degenerative diseases, the need for more lifestyle education and disease-preventive activities... these are just some of the issues that must be faced, and we must be prepared to deal with them now if the health care system that we know is to be enjoyed by future generations of Canadians. I believe every effort should be made to arrive at a federal-provincial consensus on these issues.

I believe the legislation as it is now drafted fails to do this, because it is essentially a Bill specifying new fiscal transfer arrangements between Ottawa and the provinces. The Bill does not address any of these health care issues, which now require our careful attention and scrutiny.

[Translation]

A mon avis, il est très difficile de comprendre pourquoi le gouvernement fédéral demande de nouveau plus de normes et de mesures de contrôle alors que sa participation financière diminue. J'estime que cela ne fera que restreindre notre aptitude à bien administrer notre système de santé. Cette mesure nous empêchera certainement de faire preuve d'innovation et d'introduire des changements au système quand le besoin s'en fera sentir.

Le fait est que nous assistons à une réduction des subventions fédérales et à une croissance rapide de la demande dans le domaine des services de santé au moment même où de nombreux autres secteurs requièrent, à juste titre, des fonds du gouvernement provincial, comme le logement, l'énergie et les services sociaux pour n'en citer que trois. Les services de santé ne sont que l'un des programmes essentiels financés par la province. Jusqu'à présent, le gouvernement provincial a été en mesure de veiller au financement de ces services. Cependant, en raison de la réduction des subventions fédérales, cette position avantageuse risque maintenant d'être compromise.

Je déposerai aujourd'hui un document traitant de nombreuses questions qui préoccupent mon ministère au sujet de la loi et des règlements tels qu'ils sont proposés actuellement. Je demande aux membres d'un comité d'étudier attentivement ce document.

Monsieur le président, la consultation et la confiance mutuelles entre nos deux paliers de gouvernement ont fait jusqu'à présent la force de notre programme national d'assurance-maladie. Notre collaboration et nos bons rapports avec les pourvoyeurs de services et le public ont été tout aussi importants et essentiels. La négociation, plutôt qu'un ultimatum, est sans nul doute notre seul moyen de résoudre de façon durable les problèmes qui touchent les services de santé.

J'estime que nous avons des défis majeurs à relever dans le domaine de la santé au Canada: l'accroissement de la demande pour un nombre sans cesse plus grand de services, la coûteuse obligation que représentent les soins en établissement et les soins curatifs, les bienfaits prometteurs de la technologie de pointe et la menace d'une montée en flèche des coûts qu'entraînerait sa croissance explosive, la nécessité d'une plus grande collaboration et d'une plus grande consultation entre les divers secteurs très spécialisés, nos besoins en main-d'oeuvre et en services pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées et faire face à une incidence plus grande des maladies dégénératives, la nécessité d'une meilleure éducation quant au mode de vie et à l'hygiène—ce ne sont là que quelques-unes des questions auxquelles nous devons répondre, et nous devons y répondre maintenant, si nous voulons que les futures générations de Canadiens bénéficient du système de santé dont nous disposons. J'estime que nous devons déployer tous nos efforts pour arriver à une entente générale entre le gouvernement fédéral et les provinces sur ces questions.

Selon moi, les mesures législatives qui sont proposées ne répondent pas à cet objectif. Il s'agit essentiellement d'un projet de loi qui stipule de nouveaux arrangements en matière de transfert de fonds entre Ottawa et les provinces; il ne traite d'aucune des questions qui demandent maintenant toute notre attention.

[Texte]

I would suggest that we have come to this state of affairs because in the preparation of this Bill there has been no open consultation or co-operation with the provinces; that is, with those of us who actually manage the delivery of health care services. We were not consulted. Instead, we faced a sequence of public comment in the media from Ottawa that only heightened an atmosphere of confrontation and reaction. The message was clear: here indeed was new federal legislation the provinces would find unpalatable.

• 2000

But we are dealing here with matters that touch the lives of each and every Canadian. We are not being well served by this type of carefully managed strategy on the part of our federal government.

If this legislation, as it is now drafted, is allowed to proceed without due regard for provincial integrity and differences in the management of our health care services, we all will have missed an important opportunity to shape and guide our health care system for years to come.

I believe the people we serve, the people of Canada, deserve better from us than is represented by this legislation.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister.

I guess as the committee perhaps knows, we no longer have a second witness for this evening. Mr. Symington will be coming first thing tomorrow morning. So hopefully we have a little time for questioning tonight. I will start off with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Through you, I would like to welcome the Minister and those accompanying him.

Mr. Minister, if I can just have one editorial comment as one who comes from a province west of the province in which you live. I have always marvelled at the manner in which Ontario has been able to conduct federal-provincial relations. And when I take a look at your concluding remarks, those are about the most direct remarks I have heard coming from Ontario for a long time. I accept them with the intensity that I am sure you feel about this issue.

Mr. Breau: Except in 1979.

Mr. Epp: Mr. Chairman, what I want to pursue are two topics, and I want to put those out very quickly. The first, the funding question; and the second I will come to latterly, but just so the Minister can think of those things, I want to get into questions of amendments, not specific amendments, but reactions to possible amendments.

First of all on the funding side, Mr. Chairman, there have been charges made around this table, Mr. Minister, that Ontario "has had a shameful record" in terms of funding health care in the province. That is not my reading of the record, but that is the reading of some around this table. If you could, I would like you to express from your perspective whether Ontario can maintain both the health system that you now have, the changes that you obviously have studied and

[Traduction]

Je crois que nous en sommes arrivés là parce qu'en préparant ce projet de loi il n'y a eu aucune consultation ouverte ou collaboration avec les provinces, c'est-à-dire avec ceux qui sont directement responsables de la gestion des services de santé. Nous n'avons pas été consultés. En revanche, nous avons assisté à une série d'observations dans les médias d'Ottawa qui n'ont fait qu'accentuer les réactions et le climat d'animosité. Le message était clair: voilà une nouvelle loi fédérale que les provinces ne trouveraient pas à leur goût.

Mais nous sommes en présence de questions qui mettent en jeu les intérêts de tous les Canadiens, et cette stratégie soigneusement orchestrée par le gouvernement fédéral ne saurait nous être bénéfique.

Si ces mesures législatives, telles qu'elles sont conçues, sont mises en vigueur sans égard pour l'intégrité et les différences des provinces dans la gestion de leurs services de santé, nous aurons tous manqué une occasion importante de façonner et d'orienter notre système de santé pour de nombreuses années.

Je suis convaincu que les Canadiens méritent mieux que cela.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Comme le Comité le sait, nous n'aurons pas un deuxième témoin ce soir. M. Symington viendra demain matin. Alors, j'espère que nous aurons le temps pour poser des questions ce soir. Je donnerai la parole d'abord à M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'aimerais souhaiter la bienvenue au ministre et à ses collaborateurs.

Monsieur le ministre, permettez-moi d'ajouter une remarque en tant que représentant d'une province à l'ouest de votre province. Je suis toujours étonné de la façon dont l'Ontario mène ses relations fédérales-provinciales. Et quand je vois vos conclusions, je pense qu'elles sont les remarques les plus directes que j'aie entendues depuis longtemps. Je les accueille avec la même intensité que celle dont vous faites preuve à ce sujet.

M. Breau: Sauf en 1979.

M. Epp: Monsieur le président, j'aimerais poser des questions sur deux sujets et je le ferai très rapidement. D'abord la question du financement puis les amendements, non pas à propos d'amendements spécifiques, mais les réactions aux amendements éventuels.

D'abord sur le sujet du financement, on a critiqué l'Ontario, monsieur le ministre, pour ses antécédents scandaleux en matière de financement des soins de santé dans cette province. Ce n'est pas là mon interprétation, mais celle de certains de mes collègues assis à cette table. J'aimerais connaître votre point de vue, pour ce qui est de savoir si l'Ontario sera en mesure de conserver à la fois son système actuel de soins de santé, les changements éventuels que vous avez étudiés et

[Text]

identified, and the equalization payments to which Ontario is the largest contributor nationally, whether Ontario as such . . .

Mr. Breau: The question is . . .

Mr. Epp: From a provincial base, no question, Herb, in case you do not know.

Mr. Breau: The taxpayers.

The Chairman: Order, please; Mr. Epp has the floor.

Mr. Epp: Well, Ontario taxpayers, if you are happier with that.

The Chairman: Mr. Breau will have his chances later.

Mr. Breau: There is a slight difference between the province and the taxpayers.

The Chairman: Mr. Epp, please.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to ask the Minister how he, as someone with a lot of experience in this field, defends these charges.

Mr. Norton: I assume that those charges, or the individual levying such charges, is premising them upon certain assumptions about the capacity of the Province of Ontario to fund at greater levels. I think for anyone who has looked at our record in terms of levels of funding on whatever parameters as a proportion of our provincial budget for example, I think we have a very respectable and commendable record.

One of the problems that often results from the perception of Ontario as a very wealthy province, and in relative terms perhaps we are, is the assumption that we therefore do not experience any difficulty financially. In fact, if one takes into consideration the taxing capacity of all the provinces in Canada individually and adds to that, calculating at an average level of taxation, the transfer payments that are available to most provinces, Ontario ends up, frankly, in terms of its capacity, at the bottom end of the spectrum. That is something it is often difficult for people to understand. If anyone has any doubts about that, I have with me tonight Mr. Hank Kroeger, from the provincial Treasury, who is heavily involved in such matters as this and who would be glad to go through in detail—has this document been circulated?

• 2005

Mr. Epp: Yes, one document.

Mr. Norton: I believe you have a document entitled "Some Facts and Figures . . .".

Mr. Epp: Yes, Mr. Minister, I have that.

Mr. Norton: You might wish to have a look at that. If you have questions about the figures, we would be glad to explain them to you. It indicates . . .

The Chairman: Does everyone have that before them? Do the members all have that? Thank you. I am sorry, Mr. Minister.

Mr. Norton: I will proceed to explain. If you look at the third page from the back, "Health Spending As Per Cent of

[Translation]

identifiés, et les paiements de péréquation auxquels l'Ontario apporte la plus grande contribution, si l'Ontario . . .

M. Breau: La question est . . .

M. Epp: Sur une base provinciale, il n'est pas question, Herb, si vous ne le savez pas.

M. Breau: Les contribuables.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. M. Epp a la parole.

M. Epp: Bien, les contribuables ontariens, si cela peut vous faire plaisir.

Le président: M. Breau aura l'occasion de parler plus tard.

M. Breau: Il y a une petite différence entre la province et les contribuables.

Le président: Monsieur Epp, s'il vous plaît.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Étant donné son expérience dans ce domaine, j'aimerais demander au ministre comment il se défend contre ses accusations.

M. Norton: Je présume que la critique est basée sur l'hypothèse que la province de l'Ontario est en mesure d'assurer un financement plus important. Si l'on compare notre taux de financement à notre budget provincial, on doit conclure que nous avons un palmarès très respectable et très louable.

Les gens pensent que l'Ontario comme province très riche, je suppose qu'en termes relatifs nous le sommes, et ils présumant que nous n'avons pas de difficultés financières. En fait, si l'on tient compte de la capacité d'imposition de toutes les provinces canadiennes et qu'on y ajoute, en calculant à un taux moyen d'imposition, les paiements de transfert versés à la majorité d'entre elles, l'Ontario se retrouve très franchement tout au bas de l'échelle, en ce qui concerne ses capacités. C'est quelque chose que les gens ont du mal à comprendre. Si d'ailleurs vous en doutez, M. Hank Kroeger, du Trésor provincial, m'accompagne ce soir et pourra vous l'expliquer en détail, car il s'occupe de ces questions. Le document a-t-il été distribué?

M. Epp: Oui, un document.

M. Norton: Je crois que vous avez entre les mains un document intitulé: *Some Facts and Figures* . . .

M. Epp: Oui, monsieur le ministre, nous l'avons.

M. Norton: Peut-être voudrez-vous y jeter un coup d'oeil. Si vous avez des questions à poser sur les chiffres, nous vous les expliquerons avec plaisir. On y dit . . .

Le président: Est-ce que tous les membres en ont un exemplaire? Merci. Excusez-moi, monsieur le ministre.

M. Norton: Je vais donc vous expliquer. Si vous regardez à la troisième page à partir de la fin, à la rubrique «Pourcentage

[Texte]

total Provincial-Local Government Spending", you will see that as a percentage of total spending Ontario ranks very high in relationship to the rest of Canada, that is, on health care spending. We have not broken out each of the provinces and the various regions of Canada. I believe that was because of the availability of detailed information—is that correct? ... the confidentiality, I am sorry, of the detailed information.

If you turn to the next page, this deals with the revenue structure within the respective provinces. You can see there that taxing, at the average tax rate, Ontario's own sources put them in a position where they fare approximately in the medium range with respect to the provinces across Canada. We are lower than all the western provinces, with the exception of Manitoba, and our capacity at our own source is higher than the rest of the provinces; so we are approximately in the middle.

If you add to that the basic equalization transfers, you get a post-equalization yield, with the combination of those two factors, that still leaves Ontario in the middle range but with the gap between Ontario and the provinces that were lower closing.

If you add to that the other federal transfers, you get a post-transfer yield in which that position shifts fairly substantially and you end up with Ontario—I believe, if I am not mistaken—at that point at the bottom of the list of provinces. It is that kind of situation that is often overlooked with respect to Ontario in relation to the other provinces.

If all the provinces were taxing at the same rate with their capacity, the base that they have to draw from, and you add in what the transfer payments are from the federal level, we do end up, in terms of our ability to cope with the financial problems we are dealing with, at the bottom of the heap. That is quite different from the general perception of Ontario.

If you look, then, at the last page, this provides us with indices of fiscal capacity per capita based on a national average of 100. It is a perhaps somewhat more simplified version of the previous page, in many respects. You will see that taxing own sources at average levels we end up faring in the middle range. Own sources plus basic equalization, the gap closes; own sources plus all federal transfers, we are at the bottom. So that fact, combined with the fact that we spend the largest percentage of our provincial revenues on health care, I think should be sufficient to at least cause some doubt in the minds of those people who make the allegation that our record is shameful. I think we have a record that we can be very proud of, and we have very many financial problems to cope with these days.

• 2010

Mr. Epp: Mr. Chairman, I want to thank the Minister for that very full answer.

Sir, the problem we wrestle with around this table is that we accept your goal of "a Canada Health Act" for the future. This Act before us does not do that, as you have so clearly

[Traduction]

des dépenses de la santé par rapport au total des dépenses du gouvernement provincial», vous verrez que proportionnellement l'Ontario dépense énormément par rapport au reste du Canada. Il n'y a pas de ventilation par province et par région du Canada. Je crois que c'est parce que le détail des données devait demeurer confidentiel.

Si vous regardez à la page suivante, vous y trouverez la structure des revenus de chacune des provinces. Vous constaterez qu'au taux moyen d'imposition, les contributions de l'Ontario placent cette province dans la moyenne canadienne. Nous percevons moins que toutes les provinces de l'Ouest, à l'exception du Manitoba, mais plus que les autres provinces. Nous nous situons donc à peu près au milieu.

Si vous ajoutez à cela les paiements de péréquation de base, vous obtenez un rendement post-péréquation qui, ajouté aux deux facteurs précédents, maintient tout de même l'Ontario au milieu, tandis que l'écart séparant cette province et celle qui reçoivent moins d'impôts se rétrécit.

Si vous ajoutez encore les autres paiements de transfert fédéraux, vous obtenez un revenu qui renverse tout à fait ce tableau puisque l'Ontario, si je ne m'abuse, se retrouve alors à la queue des provinces. Voilà le genre de situation qu'on néglige souvent quand on compare l'Ontario aux autres provinces.

Si toutes les provinces imposaient au même taux de leurs capacités, c'est-à-dire d'après leur base fiscale, et si vous ajoutez à cela les paiements de transfert provenant du gouvernement fédéral, vous retrouveriez l'Ontario tout au bas de l'échelle pour ce qui est de sa capacité de faire face à de tels problèmes financiers. Ce n'est pas ainsi qu'on perçoit généralement l'Ontario.

À la dernière page, vous trouverez des indices de la capacité fiscale par habitant, basés sur une moyenne nationale de 100. C'est à bien des égards une version simplifiée du tableau de la page précédente. Vous verrez que lorsque les sources provinciales sont imposées à un taux moyen, nous nous situons à peu près au milieu. Lorsqu'on y ajoute les paiements de péréquation de base, l'écart diminue; lorsqu'on y ajoute tous les transferts fédéraux, nous arrivons entièrement à la queue. Cela, combiné avec le fait que nous dépensons le plus gros pourcentage de notre revenu provincial pour les services médicaux devrait au moins faire réfléchir ceux qui prétendent que notre comportement est honteux. Je crois que nous pouvons au contraire être très fiers de ce que nous faisons, car nous avons beaucoup de problèmes financiers à résoudre ces temps-ci.

M. Epp: Monsieur le président, je remercie le ministre de cette réponse très exhaustive.

Le problème qui se pose à nous, c'est que nous acceptons votre objectif d'une «Loi canadienne sur la santé» pour l'avenir. Vous avez très bien dit que ce n'est pas ce que nous offre ce

[Text]

identified. That really takes me to my second point—it is not that I at all exhausted the first. I would like to go on with it, but I know what the chairman does to me. What would be your suggestion to this committee if, in the frustration that some of us feel—we would obviously like to see a Canada Health Act, in the true sense of the word—amendments were proposed where you have put such a strong emphasis, that we cannot modify the system unless there is co-operation and agreement? What reaction would Ontario have if that kind of course were to be followed by this committee?

Mr. Norton: I must say I am not at all sure that the Bill, as it stands, is amendable to the extent that I would feel necessary in order to become truly a Canada Health Act. It seems to me that in order to have a Bill that realistically addresses the problems we face across this country, in terms of the real pressures upon the health care system, and upon our ability to deal with the emerging issues that we know we must address, requires consultation from the ground up, in terms of the preparation of this kind of legislation. Frankly, I do not think that I or the other persons who represent the provincial governments, and perhaps have appeared before your committee, are being impertinent to suggest that we do have some experience in the management of health care systems in this country.

Frankly, I do not know, other than some specific hospitals that have been under federal administration, what experience the government at the federal level has had. Traditionally, the health care system has been, and continues to be, constitutionally within the jurisdiction of the provinces. We would be delighted to have an opportunity to share that experience with the federal government in a way that would assist them in drafting, in a co-operative way, a piece of legislation that would address the real issues in this country. Instead, we have a Bill that is merely a skeletal Bill, in my opinion, and deals with only one narrow aspect of the issue of health care, and that is funding. And it deals with it in a way that only assesses penalties really. It does not address the real issues.

The Chairman: A very short one, Mr. Epp.

Mr. Epp: Would you recommend that this committee suspend its hearings and its deliberations on the Bill, and that you would be willing as a provincial Minister to sit down with the federal authorities to work out such a Canada Health Act, including the issues that are addressed in this Bill?

Mr. Norton: I cannot presume to tell the committee what I think it should do. I would reiterate what I have said before; that we stand ready, willing, and I believe able, to assist in a co-operative way in the development of new health care legislation in this country.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp. I will get back to you on second round, if I can. Mr. Blaikie.

• 2015

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to ask the Minister this: We know what the view of the Government of Ontario is of the Canada Health Act as such, having heard the brief etc., but what is the view now, if you have one and if you are willing

[Translation]

projet de loi. J'en arrive donc à mon second point sans avoir pour autant épuisé le premier. J'aimerais bien poursuivre, mais je sais ce que va me faire le président. Que suggèreriez-vous au Comité si, découragés comme certains d'entre nous le sont, car il est évident que nous voudrions, bien sûr, adopter une véritable loi canadienne sur la santé, on devait proposer des amendements au terme desquels on ne pourrait modifier le système faute d'accord et de coopération? Qu'elle serait la réaction de l'Ontario si le Comité choisissait cette voie?

M. Norton: Je dois dire que je ne suis pas du tout certain que le projet de loi, tel qu'il se présente actuellement, puisse être suffisamment modifié pour nous donner vraiment une Loi canadienne sur la santé. Il me semble que pour cela, pour qu'un projet de loi traite vraiment des problèmes auxquels notre pays fait face, remédie aux pressions qui menacent nos services de santé, et nous permette de traiter de questions urgentes et évidentes, il faudrait que les consultations préalables à la rédaction d'un tel projet de loi soient entreprises à partir de la base. Très franchement, je ne crois pas que je puisse, pas plus que les autres représentants des gouvernements provinciaux que vous avez peut-être déjà reçus, faire preuve d'impertinence en déclarant que nous avons quelque expérience de la gestion des services de santé au Canada.

Très franchement, à part certains hôpitaux qui relèvent de l'administration fédérale, je me demande quelle expérience a le gouvernement fédéral. Traditionnellement et constitutionnellement, les services de santé relèvent des provinces. Nous serions ravis d'avoir l'occasion de partager cette expérience avec le gouvernement fédéral afin de l'aider à rédiger, en collaboration, un projet de loi qui répondrait aux véritables problèmes que connaît notre pays. Or ce projet de loi-ci n'est que squelettique et ne traite que d'un aspect très étroit du problème des services de santé, qui est celui du financement. Il n'en traite d'ailleurs qu'au titre des pénalités. Il n'est pas question des véritables problèmes.

Le président: Très brièvement, monsieur Epp.

M. Epp: Recommanderiez-vous donc que le Comité suspende ses audiences et délibérations afin que vous puissiez à titre de ministre provincial collaborer avec les autorités fédérales à la rédaction d'une loi canadienne sur la santé incluant les points que contient ce projet de loi?

M. Norton: Je ne pense pas pouvoir dire au Comité ce qu'il doit faire. Je répète ce que j'ai déjà dit, à savoir que nous sommes prêts, disposés et, je crois, aptes à collaborer à l'élaboration d'une nouvelle loi sur la santé pour notre pays.

Le président: Merci, monsieur Epp. Je vous redonnerai si possible la parole au 2^e tour. M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, voici ma question au ministre: nous savons ce que pense le gouvernement ontarien de la Loi canadienne sur la santé puisque nous avons entendu son mémoire, etc.; mais que pensez-vous, si vous avez une idée

[Texte]

to tell us, of what the position of the government will be if the Act is passed. Would you then proceed to do away with extra-billing or would you, as one other Minister in your government is reported to have said, simply regard the penalty as a license fee for extra-billing? What is the current attitude on the part of the government?

Mr. Norton: I can tell you precisely what the position is. It may not be one that satisfies your curiosity or your interest. We have obviously had some discussions about that, but there has been no decision as to what our position would be. We have looked at a variety of scenarios—and obviously it is not something which would be determined by me alone. It would be done in consultation with my colleagues and obviously it is a matter of very real concern to the Treasurer of the Province as well.

Mr. Blaikie: One of the reasons given often for the three-year waiting period is the fact that there is a three-year contract between the Ontario government and the doctors. Is that the case?

Mr. Norton: Actually it is a five-year contract in its second year, with some negotiable portions—just finishing its second year, so there will be three years to go in that contract. So to that extent it is correct.

Mr. Blaikie: On page 9 of the brief you say that you . . .

Mr. Norton: I might just add—pardon my interruption—that the first time I have ever heard that explanation is this evening. If all of us have a three-year phase-in . . .

Mr. Blaikie: The Minister herself said it before this committee and she was our first witness. She said the reason for the three-year period—see, she is more accommodating maybe than you think she is—was to accommodate Ontario, because they had three years left in their contract with doctors and . . .

Mr. Norton: There are other ways in which I would like to see her be accommodating toward Ontario as well, but I must say it is not something she has found necessary to mention to me in any of the meetings we have had or in any communication we have had.

Mr. Blaikie: Well, that is very curious.

On page 9 of the brief, where you say:

Surely after nearly 20 years of experience with medicare we have more collective wisdom than to believe that the threats to our health care system are items such as extra-billing and user fees.

I take it you are saying that you bluntly disagree with the judgment of many people, including Justice Emmett Hall, that extra-billing and user fees are a threat to our health care system.

Mr. Norton: Well I was not present, obviously, when Mr. Justice Hall made his presentation before the committee. My

[Traduction]

et si vous voulez bien nous la communiquer, de la position dans laquelle se trouvera le gouvernement si la loi est adoptée. Décidez-vous alors de mettre fin à la surfacturation ou, comme l'aurait dit un de vos collègues, ministre ontarien, considéreriez-vous simplement cette pénalité comme un droit à payer pour la surfacturation? Que se propose de faire le gouvernement?

M. Norton: Je puis vous dire précisément ce que nous nous proposons de faire. Cela ne satisfait peut-être pas toutefois votre curiosité, et ce n'est peut-être pas ce qui vous intéresse. Nous en avons évidemment discuté, mais nous n'avons pas encore décidé de ce que serait notre position. Nous avons envisagé un éventail d'hypothèses et il est évident que ce n'est pas quelque chose que je puis déterminer seul. Cela doit se faire en consultation avec mes collègues, et c'est de toute évidence une question qui préoccupe beaucoup le trésorier de notre province.

M. Blaikie: Une des raisons que l'on invoque souvent pour ce délai de trois ans est qu'il existe un contrat de trois ans entre le gouvernement ontarien et les médecins. Est-ce vrai?

M. Norton: En fait, c'est un contrat de cinq ans qui en est à sa deuxième année et qui comporte certaines parties négociables. La deuxième année se termine, si bien qu'il restera trois ans à ce contrat. C'est donc, en ce sens, exact.

M. Blaikie: À la page 9 de votre mémoire, vous déclarez que vous . . .

M. Norton: J'ajouterai, excusez-moi, que la première fois que j'ai entendu cette explication, c'est ce soir. Si nous avons tous un délai de trois ans . . .

M. Blaikie: Le ministre, elle-même, nous l'a déclaré, et c'était notre premier témoin. Elle a dit que, s'il y avait ce délai de trois ans, vous voyez qu'elle est peut-être plus arrangeante que vous le pensez, c'était pour arranger l'Ontario parce que la province avait un contrat de trois ans avec ses médecins et . . .

M. Norton: Il y a d'autres moyens par lesquels elle pourrait également arranger l'Ontario, mais je dois dire qu'elle n'a pas jugé nécessaire de me mentionner ce détail dans les réunions et dans les communications que nous avons eues.

M. Blaikie: C'est, ma foi, très curieux.

A la page 9, du mémoire, vous déclarez:

Le régime d'assurance-maladie existe depuis près de 20 ans, et l'expérience que nous en avons tous ne saurait nous faire croire que ce sont des questions comme la surfacturation et les frais modérateurs qui sont une menace pour nos services de santé.

J'en conclus que vous n'êtes absolument pas d'accord avec beaucoup de monde, notamment le juge Emmett Hall, sur le fait que la surfacturation et les frais modérateurs sont une menace pour notre service de santé.

M. Norton: Je n'étais évidemment pas présent lorsque le juge Hall a comparu devant le Comité. Corrigez-moi si je me

[Text]

understanding—and I stand to be corrected if my information is incorrect—is that Mr. Justice Hall indicated that extra-billing was not, at the present time, a threat or problem but it could be if it continued to escalate, something to that effect. Basically, our position is consistent with that, if that is what he said, except that the pattern you see in the Province of Ontario is just the reverse of what one might expect if in fact the clarion call that has gone out from Ottawa were to be based upon actual experience.

The situation is not getting worse, but in fact if one looks at extra-billing as a serious problem, it is getting better in Ontario in that the number of physicians who have opted-out is declining, the number of services that have opted-out is declining—between 5% and 6% of services. Although I cannot give you an exact figure of the number of services where there would be extra-billing, it would be something less than the 5% to 6%, because that would also include services that are opted-out but not extra-billed. And there certainly are a number of physicians who on principle exercise their choice to opt-out but still accept the OHIP level of reimbursement from their patient.

• 2020

A serious matter of concern for me in this Bill is if the federal intent was to eliminate extra-billing, the wording of the provisions in the Bill leave much to be desired; and that may be because of a recognition of constitutionality in the Bill that they really wanted to take. In effect what they have done is force provinces, if they wished to continue to permit freedom of choice for not only the physicians but also the patients in this regard—it is forcing them to penalize the patient, and in effect, I suppose, ultimately develop a system such as in the Province of Quebec. Perhaps it was the intention; I do not know.

Mr. Blaikie: The point I am making is that you clearly have a position different from Justice Hall, who supports passage of the Bill. You do not. He believed, not just when he testified before this committee, but in his health services review of 1980, that extra-billing was such a threat to medicare that it ought to be declared against the intention of the Medical Care Act etc. So much of what we have before us is an outgrowth of those recommendations. But one of the other recommendations that he made in conjunction with his recommendation that extra-billing be outlawed of course was that there be a new system for determining what doctors will be paid. I was wondering what the position of the Government of Ontario is on what I acknowledge is a need: that we will have to find new ways at arriving at what doctors are to be paid. What is the position of the Government of Ontario on the recommendation for compulsory arbitration made by Justice Hall?

Mr. Norton: I would like, if I might . . . Pardon me. I have a bad habit that I fell back to recently, and it is affecting my voice tonight.

Mr. Blaikie: Nothing to do with health, is it?

Mr. Norton: Yes. But I will not do it in front of the committee nor in front of the TV camera.

[Translation]

trompe, mais je croyais qu'il avait déclaré que la surfacturation n'était pas à l'heure actuelle une menace ni un problème, mais pourrait le devenir si elle se développait trop. Nous sommes fondamentalement d'accord là-dessus, si c'est ce qu'il a dit sauf que la tendance en Ontario est tout à fait l'inverse de ce que l'on pourrait attendre à en croire les coups de clairon venus d'Ottawa.

La situation n'empire pas, mais si l'on considère véritablement que la surfacturation est un problème grave, elle s'améliore au contraire en ce sens que le nombre de médecins qui ont choisi de se déconventionner diminue et que le nombre de services déconventionnés diminue également, soit 5 à 6 p. 100 des services. Je ne puis vous donner de chiffres exacts sur le nombre de services où l'on pratique la surfacturation, mais c'est moins de 5 à 6 p. 100, car cela inclut également les services déconventionnés sans surfacturation. Et il y a à coup sûr un certain nombre de médecins qui, en principe, ont décidé de se déconventionner, mais continuent d'accepter le taux de remboursement de l'OHIP.

Si, en présentant ce projet de loi, le gouvernement fédéral visait à éliminer la surfacturation, je peux vous dire que le libellé de certaines dispositions laissent beaucoup à désirer. C'était peut-être parce que l'on voulait tenir compte des droits constitutionnels qu'on a ainsi formulé les dispositions. Ils ont réussi à effectivement forcer la main des provinces qui voudraient continuer à permettre la liberté de choisir, non seulement aux médecins mais aux patients également. Les dispositions obligent les provinces à pénaliser les patients et à mettre au point un système comme celui de la province du Québec en fin de compte. C'était peut-être son intention; je n'en sais rien.

M. Blaikie: Manifestement, votre position est différente de celle du juge Hall, qui favorise l'adoption du projet de loi. Vous êtes contre. Il a expliqué, non seulement lors de ses témoignages devant le Comité, mais dans son rapport sur la prestation des soins publié en 1980, que la surfacturation constitue une si grande menace à l'assurance-médicale qu'elle constitue une infraction à l'interprétation de la Loi sur les soins médicaux. Une très grande partie de ce projet de loi découle de ses recommandations. En plus de ses recommandations visant à déclarer la surfacturation illégale, il a proposé que l'on établisse un nouveau barème pour déterminer les honoraires des médecins. Je voudrais connaître l'opinion du gouvernement de l'Ontario à ce sujet. J'admets qu'il va falloir trouver d'autres façons de fixer les tarifs des médecins. Que pense le gouvernement de l'Ontario de la recommandation sur l'arbitrage obligatoire faite par le juge Hall?

M. Norton: Si vous me permettez . . . Excusez-moi. Dernièrement j'ai repris une mauvaise habitude que j'avais perdue, et cela s'entend dans ma voix.

M. Blaikie: Rien à voir avec la santé, n'est-ce pas?

M. Norton: Si. Mais je ne la montrerai pas devant le Comité ni devant les caméras de télévision.

[Texte]

The Chairman: Whatever it is.

Mr. Norton: In responding, I would like just very briefly to touch on Mr. Justice Emmett Hall's perceptions. If he sees extra-billing—and my purpose in being here is not to grind an axe for extra-billing but to suggest that there are ought to be an element of fairness and willingness to listen to serious concerns in Ontario held by 17,000 or 18,000 physicians—or a significant portion of those; the majority, I should think—but accepting his perception that extra-billing is a serious threat, if that is the case, then my argument would be in Ontario it is a diminishing threat, not an increasing threat. And if it is a threat today, then it was a threat at the inception of medicare, because it has always been part of the system in Ontario, and I think if you look back in the Province of Saskatchewan, which is often referred to as the cradle of medicare, it has been part of the system there, although administered somewhat differently from in the Province of Ontario, from the beginning of the program in Saskatchewan, albeit maybe called "patient streaming" as opposed to "extra-billing"—nevertheless—and the incidence of it may be on a different level from in Ontario . . . the principle has been recognized.

What Mr. Justice Hall seems to me to be saying is that something which has been recognized within medicare within this country from its inception is suddenly a threat. I would need a little more evidence than simply the expression of an opinion, or a repeated expression of a perception, on the part of Mr. Justice Hall, before I would accept that argument.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just one last question and comment.

It seems to me the problem we have—I accept a great deal of the analysis of the province of what the federal government has been doing to the funding relationship over the years.

• 2025

The problem, it seems to me, is that we have a federal government which is committed to the principles of medicare but not committed to a full federal-provincial partnership as far as the long-term financing of health care costs is concerned. On the other hand, we have the provinces which, in my view, are not committed enough to the principles of medicare. I find we are in the dilemma of having action . . . The proposed Canada Health Act represents action to shore up the principles of medicare but it does not do anything to restore the appropriate funding relationship between the federal government and the provinces, and I quite admit that, although I support it any event. Even having said that, it seems to me, at the time concern began to be expressed about extra-billing and user fees, if the provinces had moved at that point to demonstrate more commitment to the principles of medicare and more willingness to regard that as a problem, we might not be in the situation we are in here today.

Finally, with respect to the fiscal capacity of Ontario, Mr. Chairman, there is indeed some truth to the argument about Ontario's diminishing fiscal capacity. I believe it was recognized in the Special Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements and was one of the reasons why, when the new equalization formula came forward in April 1982, many of us

[Traduction]

Le président: Pas de précision.

M. Norton: Pour répondre à la question, je reprendrai brièvement les points de vue du juge Emmett Hall. Mon but ici n'est pas de prêcher pour la surfacturation, mais plutôt de vous faire comprendre qu'il faudrait être juste et disposé à écouter les préoccupations des 17,000 ou 18,000 médecins de l'Ontario ou, de bon nombre entre eux, la majorité même. Cependant, si l'on accepte sa perspective qui veut que la surfacturation constitue une menace sérieuse, je prétends qu'en Ontario il s'agit d'une menace qui s'en va en diminuant et non en augmentant. Si, effectivement, la surfacturation est une menace aujourd'hui, elle ne l'était pas moins au début de l'assurance-maladie, car elle a toujours fait partie de la prestation des soins en Ontario. Si vous prenez l'exemple de la province de la Saskatchewan, souvent appelée le berceau de l'assurance-médicale, elle y a toujours existé, bien qu'elle ait été administrée d'une façon légèrement différente de celle de la province de l'Ontario. Qu'on l'appelle «orientation des patients» plutôt que de «surfacturation», il n'en reste pas moins que depuis le commencement du programme en Saskatchewan, ce principe est reconnu.

A mon sens, le juge Hall semble dire qu'un élément de l'assurance-médicale qui existe depuis le début du programme devient tout à coup une menace. Je demanderais davantage de preuves que la simple expression d'une opinion personnelle ou une impression du juge Hall avant d'accepter cet argument.

M. Blaikie: Monsieur le président, une dernière question et un commentaire.

J'admets une grande partie de votre analyse des mesures prises par le gouvernement fédéral sur le financement de la santé au cours des années.

Le problème, me semble-t-il, réside dans le fait que le gouvernement fédéral s'engage à respecter les principes de l'assurance médicale, mais non à s'associer pleinement aux provinces en ce qui concerne le financement à long terme de la prestation des soins. De notre côté, nous avons les provinces qui ne s'engagent pas entièrement sur le principe de l'assurance médicale. Nous nous trouvons dans ce dilemme. Le projet de loi sur la santé du Canada est une mesure destinée à étayer les principes de l'assurance médicale, mais ne fait rien pour rétablir le rapport financier approprié qui existait entre le gouvernement fédéral et les provinces. Je l'admets, même si je l'appuie de toute façon. Cela dit, il me semble néanmoins qu'au moment où l'on a commencé à s'inquiéter de la surfacturation et du ticket modérateur, les provinces auraient pu s'engager plus fermement envers les principes de l'assurance médicale et manifester la volonté de faire face au problème, évitant ainsi la situation que nous connaissons aujourd'hui.

Finalement, monsieur le président, il y a du vrai dans l'argument qui veut que la capacité financière de l'Ontario diminue. Je crois savoir que le Comité spécial sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux a reconnu cette diminution. C'était ainsi qu'au moment de la présentation de la nouvelle formule de péréquation en avril 1982, un bon nombre

[Text]

objected to the initial proposal of tying equalization to Ontario. We felt it was like tying the rest of the provinces to a sinking ship.

Mr. Norton: I am not sure I would accept that analogy. I think the ship is very much afloat. It is just that it has always carried a big burden.

Mr. Blaikie: It is just full of holes.

Mr. Norton: In response to your allegation—and I will restrain myself—that the provinces have shown a lack of commitment to the principles of medicare, I might simply say you will have to target your remarks more precisely before they become relevant. The Province of Ontario could not, by any stretch of the imagination, be subjected to that kind of allegation with any substantiation.

The point I assume underlies your position relates particularly to the principle of extra-billing. As I said at the outset, I am not here to grind an axe for extra-billing but I do think I would encourage you and other members of the committee, if you have not had the opportunity to do so, to listen to physicians who have never opted out, who have never extra-billed, express their concern with respect to that privilege. I will only attempt to reiterate... I realize there is a spokesman for the Ontario Medical Association here tonight who could be much more eloquent than I on this subject, I am sure. He may wish to respond if the committee would permit him to do.

Mr. Blaikie: I have heard the doctors before. I would like to hear you.

Mr. Norton: I do not know which doctors you have heard...

Mr. Blaikie: CMA, BCMA...

Mr. Norton:—but I can tell you the version I hear from more doctors is not an economic argument, primarily. The concern expressed relates to concerns about their professional independence, and I think that is something we cannot treat with abandon. It also relates to their concern about the maintenance of the primacy of the physician-patient relationship...

Mr. Blaikie: They abandoned that last week.

Mr. Norton:—and the importance of not supplanting that or allowing it to be supplanted by a new and perhaps more powerful relationship, that of the sole funder, the state, and the physician.

Whether one agrees with those arguments or not, it seems to me, is not the issue. The issue is: Are we, as elected officials in this country, prepared to listen to the sincerely held views of a significant constituency involved in the health care system? That seems to me to be the issue, not the veracity in your mind or mine of the argument.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. I will come back again if I can.

Mr. Blaikie: Put me down for a second round, Mr. Chairman.

[Translation]

d'entre nous se sont opposés à la proposition initiale de la calculer en fonction de la capacité financière de l'Ontario. Pour nous, cela équivalait à amarrer les autres provinces à un navire qui coulait.

M. Norton: Je ne pourrais pas accepter cette comparaison. Pour moi, c'est un navire qui flotte très bien. Simplement, c'est un navire qui a toujours été très lourdement chargé.

M. Blaikie: Simplement, il est complètement troué.

M. Norton: Pour répondre à votre allégation que les provinces ne se sont pas engagées fermement envers le principe de l'assurance médicale, je vais me retenir et me contenter simplement de vous conseiller de préciser davantage vos propos si vous voulez qu'ils soient pertinents. Même en faisant un gros effort d'imagination, on ne peut pas dire que la province de l'Ontario se trouve parmi celles que vous avez mises en cause.

Je présume que vous faites surtout allusion au principe de la surfacturation. Comme je l'ai dit au début, je ne suis pas venu pour prêcher en faveur de la surfacturation. Toutefois, si vous n'avez pas encore eu l'occasion de le faire, je vous encouragerai tous à écouter les propos des médecins qui ne se sont jamais retirés du système et qui n'ont jamais imposé la surfacturation. Je ne ferais que réitérer... Je sais bien que le porte-parole de l'Association médicale de l'Ontario, qui va comparaître ce soir, pourra commenter ce sujet de façon beaucoup plus éloquente que moi. Si vous le permettez, il répondra peut-être au Comité à ce sujet.

M. Blaikie: J'ai déjà entendu les médecins. Je voudrais connaître votre opinion maintenant.

M. Norton: Je ne sais pas quels sont les médecins que vous avez écoutés...

M. Blaikie: De l'A.M.C., de l'A.M.C.B...

M. Norton:... mais je puis vous assurer que ce que j'entends des médecins n'est pas principalement un argument d'ordre économique. Ils s'inquiètent surtout de leur indépendance professionnelle, inquiétude qu'on ne peut traiter avec désinvolture, à mon avis. Ils s'inquiètent également du maintien absolu du rapport entre médecin et patient.

M. Blaikie: Ils l'ont abandonné la semaine dernière.

M. Norton: Ils voudraient s'assurer que ce rapport ne sera pas remplacé par un rapport plus puissant, celui entre le bailleur de fonds principal, l'État, et les médecins.

Que l'on soit ou non d'accord sur ces arguments n'est pas la question centrale ici. La question est la suivante: comme représentants élus au Canada, sommes-nous prêts à écouter les opinions sincères d'un groupe d'électeurs important qui s'occupe de la prestation des soins? Voilà la question principale. Elle n'a rien à voir avec la véracité de l'argument dans votre esprit ou dans le mien.

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Vous aurez la parole à nouveau si le temps le permet.

M. Blaikie: Veuillez m'inscrire au deuxième tour, monsieur le président.

[Texte]

The Chairman: We will go to Mr. Breau now.

[Traduction]

Le président: Je donne maintenant la parole à M. Breau.

• 2030

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I am very happy that the Minister is here this evening. I think it is a good practice for Ministers to bring people from their provinces who represent providers of the health care system. We had one yesterday who came from the Province of Quebec, and he had two buses full of people. I must say that his representation was a little more across the board. I note that you have doctors here, dentists, and the hospital association. The Registered Nurses' Association of Ontario is a very active body. It has 42,000 registered nurses. Maybe you could not get hold of them to come here, but the president is in the room. I know they are very interested in this. They sent briefs to you—they do not agree with you, but I suppose that has nothing to do with the fact they are not with you.

Mr. Norton: Yes, I am aware of that. I was chatting with the president briefly before we sat at the table.

Mr. Breau: Bring her to the table.

Mr. Norton: In fact, there was communication between the Registered Nurses' Association and my office during the course of this past week.

Mr. Breau: You went at length to talk about funding and the federal contribution. In your background paper you detail a lot of things. One of the things you mention is the revenue guarantee. You mentioned that pretty dramatically as a reduction of federal contribution to health care. Has your Treasurer in the Province of Ontario ever told you or your predecessor that the moneys from the revenue guarantee were to be allocated to health care? When the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements met with him he was very clear on that, and said very calmly and very coolly that the revenue guarantee had nothing to do with health care or post secondary education. I wonder how you can associate the elimination of the revenue guarantee this evening to a contribution to health care when your own Treasurer said it had nothing to do with health care.

Mr. Norton: I think you are referring to a view expressed by a previous Treasurer, if I am not mistaken in the Province of Ontario, and regardless of . . .

Mr. Breau: Mr. Frank Miller.

Mr. Norton: Yes. He is not the Treasurer of Ontario. It is now Mr. Grossman, a former Minister of Health, as a matter of fact.

Whether you accept or whether I accept Mr. Miller's expressed view, and I have myself heard him express that view on occasion in discussions primarily with the federal government, or as it related to the federal government, the fact of the matter is that the revenue guarantee was a significant factor in the province's capacity to meet its responsibilities with respect to a whole host of issues, and particularly health care.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Je suis heureux que le ministre soit des nôtres ce soir et qu'il se soit fait accompagner par des professionnels de la santé de sa province. Hier, le ministre du Québec est venu accompagné de deux autobus pleins de gens. Son intervention avait un caractère plus général. Je note que vous avez fait venir des médecins, des dentistes, et des représentants de l'Association des hôpitaux. L'Association des infirmières diplômées de l'Ontario compte 42,000 membres; or, cette association n'est représentée ce soir que par sa présidente. Je sais par ailleurs que les infirmières ne sont pas d'accord avec vous, mais ce n'est sans doute pas la raison de leur absence.

M. Norton: Je sais que les infirmières ne sont pas d'accord avec moi, car j'étais justement en train de bavarder avec la présidente de leur association avant de prendre place à la table.

M. Breau: Elle pourrait prendre place à la table également.

M. Norton: L'Association des infirmières diplômées avait d'ailleurs contacté mon bureau la semaine dernière.

M. Breau: Vous avez longuement parlé des modalités de financement, de la contribution fédérale et des garanties de revenu. Vous avez souligné le fait que la contribution fédérale aux soins de santé a enregistré une baisse très sensible. Je voudrais savoir si le trésorier de l'Ontario vous a jamais expliqué que les fonds versés au titre de la garantie de revenu devaient être utilisés pour les soins de santé. Toujours est-il que le trésorier de l'Ontario a affirmé devant le groupe de travail parlementaire sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux que les fonds versés au titre de la garantie de revenu n'avaient rien à voir avec la santé ni l'éducation supérieure. Comment pouvez-vous établir un lien entre la suppression de la garantie de revenu et la contribution au budget de la santé, alors que votre propre trésorier affirme que cela n'a rien à voir avec la santé?

M. Norton: C'est l'ancien trésorier de l'Ontario qui s'est exprimé ainsi.

M. Breau: Il s'agit de M. Frank Miller.

M. Norton: D'accord, mais c'est M. Grossman, ancien ministre de la Santé, qui est l'actuel trésorier de l'Ontario.

Quoi que M. Miller ait pu dire à ce sujet, il n'en reste pas moins que les fonds versés au titre de la garantie de revenu contribuaient très certainement à notre aptitude à financer certains services, et en particulier la santé.

[Text]

I have indicated in the same document to which you refer the impact of federal fiscal relations on the Province of Ontario with respect to its capacity.

Mr. Breau: Talking about fiscal capacity, Mr. Minister . . .

The Chairman: Order, please. The Minister is still speaking. Mr. Minister.

Mr. Norton: Whether the money is regarded as being specifically designated or not, one cannot separate it from the province's capacity to provide the levels of service. You can make the same argument in reverse. We are funding totally out of provincial revenues, with no federal contribution, in excess of \$700 million worth of health care services in the Province of Ontario annually.

Mr. Breau: I am aware of that.

Mr. Norton: So we could argue ourselves around in circles there. We are talking about provincial capacity to meet the responsibilities that we have.

I would further point out to you, Mr. Breau, if I might . . .

Mr. Breau: Is there a limit of time on answers?

Mr. Norton: —if I am not mistaken, there was a task force with which you have some familiarity, the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements and EPF that reported, I think in 1982 . . .

Mr. Breau: It was 1981.

Mr. Norton: I beg your pardon. I would like to quote that task force, if I might just step back a moment:

The Task Force believes that achievement of comprehensive, publicly-funded hospital, medical and extended health care is a major accomplishment of Canadian society, one that represents the end of a long struggle for the realization of an ideal espoused and defended by many Canadian citizens and political leaders.

The Task Force believes that this achievement could be jeopardized by reductions in current aggregate levels of federal support, . . .

• 2035

That report was made by your task force, and subsequently the adjustments were made. I should have thought, given the position of that task force, the Members would now be supporting the concerns I have expressed.

Mr. Breau: I am very happy you are reading from the task force. You could go on and read in the chapter about health care what we say about extra-billing and user fees. I wish you would agree with all the report or not at all.

But in any event, there is nothing in what you have just read or in the task force that separates the fact . . . Regardless of what Mr. Miller or I think about the revenue guarantee, the Premiers themselves, in their August 1981 meeting, listed the revenue guarantee in their federal contributions outside health

[Translation]

J'ai d'ailleurs fait référence, dans ce document, à l'incidence des arrangements fiscaux fédéraux sur la capacité de l'Ontario d'assurer certains services.

M. Breau: À propos de la capacité fiscale . . .

Le président: Je vous demanderais de bien vouloir ne pas interrompre le ministre.

M. Norton: Que ces fonds soient désignés ou non, ils ont une incidence certaine sur les moyens financiers de la province nécessaires pour assurer certains services. Je vous ferai d'ailleurs remarquer que la province de l'Ontario dépense plus de 700 millions de dollars par an de ses fonds propres, sans contribution fédérale, quelle qu'elle soit, pour les soins de santé.

M. Breau: Je le sais.

M. Norton: Il y a donc deux façons d'envisager la question. Mais, en fin de compte, on revient aux moyens financiers de la province nécessaires pour assurer certains services.

Je vous ferai en outre remarquer . . .

M. Breau: Est-ce que les réponses sont assujetties à une limite de temps?

M. Norton: Le groupe de travail parlementaire sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux a soumis son rapport en 1982.

M. Breau: En 1981.

M. Norton: Vous avez raison. Je vais vous citer un extrait de ce rapport:

Le groupe de travail est d'avis que la mise en place d'un régime de santé généralisé financé par l'État constitue une réalisation majeure de la société canadienne, une réalisation qui est l'aboutissement d'une longue lutte menée par de nombreux citoyens et hommes politiques du Canada.

Le groupe de travail est d'avis que cette réalisation serait menacée par une réduction du montant global des contributions actuellement versées par le gouvernement fédéral.

Or, les coupures ont été instituées en dépit des conclusions du rapport de votre groupe de travail, que vous auriez normalement dû appuyer.

M. Breau: Puisque vous citez le rapport du groupe de travail, pourquoi ne pas citer également le chapitre consacré à la surfacturation et au ticket modérateur. Vous serez ainsi d'accord avec la totalité du rapport, et non pas seulement avec une partie.

Quel que soit mon avis ou celui de M. Miller concernant la garantie de revenu, ce sont les premiers ministres provinciaux eux-mêmes qui, lors de leur réunion d'août 1981, ont affirmé que cette garantie n'avait rien à voir avec la santé et l'éduca-

[Texte]

care and post-secondary education. But in any event, let us forget the revenue guarantee. Apart from that . . .

Mr. Norton: I would like to come back to it.

Mr. Breau: You will have all the time in the world as far as I am concerned.

Apart from that, the federal contribution to Ontario, cash and tax transfers from 1977-1978 to 1982-1983, the federal contribution as a percentage of Ontario expenditures to medicare and hospitalization, has gone up from 53.1% to 55% apart from the revenue guarantee. If you take the overall health expenditures of Ontario, in 1976-1977, the year before EPF, the federal contribution was 40.3% of Ontario health expenditures overall. In 1982-1983 it was 43.2%.

Now, I do not want to make a judgment about what is an adequate level of funding in Ontario. Mr. Epp was very helpful to me in quoting things I have said, and the only word he got right was "shameful".

What happened was that yesterday we had the OMA here and they complained about funding in Ontario. I became so sympathetic to them from the stories they gave us, and I became so overtaken that the health care system in Ontario is being choked . . . I said, if it is being choked, it must be because of the Ontario government, and I had to give them the facts that the federal contribution in Ontario is going up. When you choke these poor physicians in Ontario and the federal contribution goes up, I think that is shameful, because Ontario is not a poor province. Forty per cent of the personal income tax in Canada comes from Ontario. Why in the name of God would you have the federal government tax the Ontario taxpayers so the money comes to Ottawa and goes back to Ontario?

I do not think it has been proven that Ontario needs or is justified in asking unconditional transfers from the federal government. The Treasurer—or the former Treasurer now, you say—indicated that he did not want equalization payments from the federal government. He did not think that was right. He did not think Ontario should receive unconditional money from the federal government because 40% of personal income tax that comes here comes from Ontario.

Now, I think it is shameful that when the federal contribution goes up you choke these poor physicians in Ontario and you choke the health care system in Ontario, because what is happening is that the federal taxpayer is paying an ever-increasing share of the health expenditures in Ontario. Now, if the level of funding is adequate, I will take your word, but maybe you would tell the OMA stop complaining about it.

Mr. Norton: Mr. Chairman, we in Ontario are quite prepared to table with the committee in much greater detail than we have with us tonight our figures on the transfer payments and the pattern over the last few years. I would also hope, if there is some disagreement, the federal government would do the same thing and let the committee draw its own conclusions. We are quite prepared to stand on our calculations and we will provide you with whatever assistance in interpreting the facts you might feel you would need.

[Traduction]

tion supérieure. Mais laissons tomber cette question de la garantie du revenu.

M. Norton: J'ai encore quelque chose à dire à ce sujet.

M. Breau: Vous aurez tout le temps qu'il vous faut.

De 1977-1978 à 1982-1983, la contribution fédérale à l'Ontario, en espèces et en transferts fiscaux, est passée de 53.1 à 55 p. 100 des dépenses provinciales au titre de la santé. En 1976-1977, la contribution fédérale représentait 40.3 p. 100 de l'ensemble des dépenses provinciales au titre de la santé. En 1982-1983, la part fédérale est passée à 43.2 p. 100.

Il ne m'appartient pas de dire qu'est-ce qui sera un niveau de financement suffisant pour l'Ontario. Lorsque M. Epp a essayé de me citer, le seul mot qu'il ait réussi à répéter sans se tromper est «scandaleux».

L'Association des médecins de l'Ontario, qui comparaissait hier devant le Comité, s'est plainte du manque de crédits consacrés à la santé en Ontario. Si la situation est vraiment aussi dramatique qu'ils le prétendent, je leur ai expliqué que cela doit être imputé au gouvernement de l'Ontario, la contribution fédérale à la province étant en augmentation. C'est scandaleux de serrer la vis à ces malheureux médecins de l'Ontario, alors que la contribution fédérale est en augmentation, d'autant plus que l'Ontario est loin d'être une province pauvre. En effet, 40 p. 100 de l'impôt sur le revenu, au Canada, provient de l'Ontario. Pourquoi voudriez-vous que le gouvernement fédéral impose les contribuables de l'Ontario si, de toute façon, cet argent doit être restitué à la province?

Il n'a pas été prouvé, à mon avis, que l'Ontario ait besoin de transferts inconditionnels du gouvernement fédéral. L'ancien trésorier de la province avait déclaré qu'à son avis, la province de l'Ontario ne devrait pas exiger de transferts de péréquation, 40 p. 100 de l'impôt sur le revenu du pays provenant de l'Ontario.

Je trouve scandaleux que vous ayez décidé de couper les crédits aux médecins et à l'ensemble du régime de santé de la province, alors que les contribuables fédéraux prennent en charge une part de plus en plus lourde des dépenses de santé de cette province. Par contre, si vous estimez que votre contribution est suffisante, tant mieux, mais dans ce cas, vous devriez demander à l'Association des médecins de l'Ontario de cesser de se plaindre.

M. Norton: Je suis tout disposé à vous faire parvenir des tableaux extrêmement détaillés sur l'évolution des paiements de transfert au cours des dernières années. Si le gouvernement fédéral en faisait autant, le Comité tirerait ses propres conclusions. Nous sommes sûrs de nos calculs, et si vous en avez besoin, nous pourrions vous aider à interpréter les chiffres.

[Text]

I would just point out to Mr. Breau that I recognize there was a time . . . I think the difference between your percentage and the percentages I quote is really a matter of how you define the services to which the transfer payments are applicable. Ours are based upon eliminating those where there is agreement between the federal and provincial governments that they do not apply. There may be a narrower definition which you are applying, and I know there have been narrower definitions applied in arriving at percentages by my federal counterpart, Madam Bégin.

• 2040

I recognize that between 1976 and 1979 there was a steady increase in the proportion of federal funding involved in the health care system in Ontario. That was during the time immediately following the introduction of the revenue guarantee—EPF, pardon me. Since 1979-1980, our figures indicate, and, as I say, we are prepared to table whatever information you would like, that in 1979-1980 the proportion of funding the health care system from federal funds in Ontario was 49.1%; in 1980-1981 it was 47.7%; in 1982 it was 45.1%; in 1982-1983 it was 41.2%; and in 1983-1984 it was 41%. We can give you the figures to substantiate that and . . .

Mr. Breau: They are not very far off. I can show you my figures. Maybe you can have your treasury guy check them out. They are not very far off.

Mr. Norton: So in other words, you are saying that I am correct, that there has been a decline from 49.1% to 41%.

Mr. Breau: Mr. Chairman, if I may, to be helpful to the Minister, I gave comparisons from 1976-1977, before EPF, to 1982-1983; you take comparisons from 1980-1981. Because the EPF block funding arrangement included in its structure, to start off, levelling-up payments and transitional payments, it was normal that for the first three years they would go up. I took the last figures from cost sharing, because I thought that was the relevant point. My figures show that if you take the overall expenditures of Ontario, in 1976-1977, the last year before EPF, it was 40.3%. It went to 43.3% in 1977-1978; it went up as high as 46.9%, and it is now to 43.2%. You say 41.8%, but that is not a big difference.

I agree that since 1980-1981 it has gone down, as it should, because the EPF block funding arrangement included levelling-up payments that were more generous to help provinces adapt to the new system.

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Norton: I think, if you check carefully, you will find that there were . . . You are correct, there were levelling-up payments, but I think you will also find that Ontario received virtually nothing by way of levelling-up payments, that the trend line that we agree upon roughly is essentially devoid of levelling-up payments. The levelling-up payments went primarily to other provinces who were perceived as having more difficulty in that transitional period.

Mr. Breau: But you received some.

[Translation]

La différence entre les pourcentages que nous avons cités, vous et moi, est due à une définition différente des services assujettis aux paiements de transfert. Nous avons, pour notre part, éliminé tous les services qui, d'un commun accord entre les gouvernements fédéral et provincial, ne relèvent pas des paiements de transfert. Il est certain que M^{me} Bégin, quant à elle, a utilisé des définitions plus étroites pour calculer ce même pourcentage.

Il est vrai que de 1976 à 1979, le gouvernement fédéral a pris en charge une part croissante des frais de santé de l'Ontario; ce qui coïncide avec l'introduction du financement des programmes établis. Mais en 1979-1980, et d'après les chiffres que nous pouvons vous communiquer, la part fédérale des dépenses de santé pour l'Ontario s'élevait à 49,1 p. 100; en 1980-1981, cette part est passée à 47,7 p. 100; en 1982, elle est tombée à 45,1 p. 100; en 1982-1983, à 41,2 p. 100; et en 1983-1984, à 41 p. 100. Vous pouvez avoir tous nos chiffres si cela vous intéresse.

M. Breau: Je pourrais vous remettre nos chiffres et les faire vérifier par vos gens du Trésor. D'ailleurs, vos chiffres ne s'écarteront pas tellement des nôtres.

M. Norton: Vous admettez donc que la contribution fédérale a baissé de 49,1 p. 100 à 41 p. 100.

M. Breau: Moi, j'ai comparé les chiffres de 1976-1977 à 1982-1983, alors que vous partez de 1980-1981. Le financement forfaitaire prévu aux termes du financement des programmes établis comportant dans un premier temps des paiements de transition, il n'est que normal qu'il ait augmenté au cours des trois premières années. Mes derniers chiffres proviennent des statistiques du partage des frais dont il convient de partir, à mon avis. Or, si l'on prend les dépenses globales de l'Ontario en 1976-1977, c'est-à-dire juste avant l'introduction du financement des programmes établis, cette part s'élevait à 40,3 p. 100. Elle est passée à 43,3 p. 100 en 1977-1978, pour atteindre 46,9 p. 100, et elle se situe actuellement à 43,2 p. 100. D'après vous, elle est de 41,8 p. 100, ce qui n'est pas une grosse différence.

Il est vrai que depuis 1980-1981, cette part a diminué, mais c'est normal, le financement des programmes établis prévoyant au début des versements plus importants, pour permettre aux provinces de s'adapter au nouveau système.

Le président: Monsieur le ministre.

M. Norton: Vous avez raison, il y a eu des paiements de compensation, mais l'Ontario n'en a pratiquement pas touché, ces paiements ayant été versés essentiellement aux autres provinces qui auraient eu plus de mal à s'adapter pendant la période de transition.

M. Breau: Mais vous avez dû toucher quelque chose.

[Texte]

Mr. Norton: But very limited. I cannot quote precise figures on that, but they were nothing like sufficient to affect the trend line one way or the other.

Mr. Breau: It was not the only reason it went up.

The Chairman: Order, please!

Mr. Norton: So the trend line is, in fact, reflective of an increase to almost 50-50 cost-sharing, effectively, at one point in time, and a steady decline in that since 1979-1980.

The Chairman: Thank you, Mr. Minister. I will go now to Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. May I bid a particular welcome to the Minister of Health from Ontario and the provincial member of Parliament for Kingston and the Islands.

I would say to you, sir, and to him that I have some difficulty accepting the figures that Mr. Breau would put forward at any time, seeing as he was chairman of the committee which looked at federal-provincial fiscal relations and made the recommendation to continue to include or not to eliminate the revenue guarantee from the fiscal relations . . .

Mr. Breau: If it was allocated to health care.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —and then went back personally on that recommendation. Therefore, if the figures he put forward several years ago to the Parliament of Canada could not be accepted, I am not sure why we should accept any that he puts forward at this point.

Mr. Breau: Well, you are wrong. Why do you not challenge the figures?

• 2045

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I would like to carry on with the question of funding, which is really such a major part of the question of the whole health care system. The reason I do so—I want to come first, if I may, to a local issue. As you are probably aware, there is a concurrent piece of legislation before Parliament being looked at in committee at the present time, Bill C-12, which has to do with the funding to post-secondary education. Once again the federal government is unilaterally reducing the funding to the provinces in a very significant way. It is reducing the funding to the provinces by some \$380 million in post-secondary education over this two-year period. That has, and will have, I would suggest to you, a major impact on the teaching hospitals of this province, and of course across the country.

We have heard before this committee that one of the reasons for the cost of a health care system is that first of all there are too many doctors in the system, and secondly there are too many medical schools. One of the recommendations made was that the medical school at Queen's University should be closed down. Certainly if the federal government continues to cut back on post-secondary education it will not be just Queen's University, but every university and every teaching hospital across the country, that will be threatened.

[Traduction]

M. Norton: Très peu. Je n'ai pas les chiffres exacts sur moi, mais il est certain que ces montants n'étaient pas suffisants pour infléchir la tendance.

M. Breau: Ce n'est pas la seule raison pour laquelle cela a augmenté.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

M. Norton: Donc, les frais de santé, après avoir été partagés par moitié entre le fédéral et le provincial—la part du fédéral a diminué de façon permanente depuis 1979-1980.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Je donne maintenant la parole à M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je tiens à saluer tout particulièrement le ministre de la Santé de l'Ontario, ainsi que le député provincial de Kingston et les Îles.

Je ne vois pas comment on pourrait faire confiance à ce chiffre avancé par M. Breau, étant donné que c'est lui qui a présidé le comité chargé d'étudier les rapports fiscaux fédéraux-provinciaux et qui, après avoir recommandé le maintien, et non pas la suppression de la garantie de revenu . . .

M. Breau: Si elle était imputée à la santé.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . est revenu sur sa propre décision. Si les chiffres qu'il citait il y a quelques années n'étaient pas valables, je ne vois pas pourquoi ceux qu'il cite aujourd'hui le seraient davantage.

M. Breau: Vous vous trompez. Vous n'avez qu'à proposer vos propres chiffres.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'aimerais poursuivre sur la question du financement, qui est vraiment un élément important de système de soins médicaux. J'aimerais rattacher cela d'abord à une question locale. Comme vous le savez sans doute, le Parlement est en train d'étudier actuellement en comité un autre projet de loi, le Bill C-12, qui porte sur le financement de l'enseignement post-secondaire. Le gouvernement fédéral réduit encore unilatéralement, de façon substantielle, le financement accordé aux provinces. Les fonds destinés aux provinces pour l'enseignement post-secondaire seront réduits d'environ 380 millions de dollars au cours des deux prochaines années. Cette mesure a et aura une grande incidence sur les hôpitaux universitaires de la province et, partant, de tout le pays.

Le comité s'est laissé dire que le coût du système de santé était imputable d'abord au nombre trop élevé de médecins dans le système, et deuxièmement, au trop grand nombre d'écoles de médecine. On a recommandé, entre autres, de fermer l'école de médecine de l'université Queen's. Si le gouvernement fédéral continue de réduire le financement de l'enseignement post-secondaire, il n'y aura pas que l'université Queen's qui fermera ses portes; chaque université et chaque hôpital universitaire du pays sera menacé.

[Text]

I am wondering if you would give me your personal opinion as to what you think is the situation with teaching hospitals in this province, and whether you have looked at them in your capacity as Minister of Health and signified that any of them should be closed down.

Mr. Norton: There is no question that the system as a whole is stressed as far as financing is concerned. I would hasten to say it is not because of any lack of commitment on the part of the Province of Ontario, as I think the information I have tabled with you tonight indicates. We certainly have looked at, and continue to watch very carefully, the impact on the teaching hospitals in the Province of Ontario. We have not given any consideration to closing them.

About the issue as it has been raised on a number of occasions—it is not one that Dr. Moran would be unfamiliar with—and that is the question of the numbers of physicians and the impact of that, if there were to be at any time an effort made to address that issue, I do not think there is anything to indicate it would be best addressed by targeting one particular teaching facility rather than spreading any reductions that might be made across the whole system. I might take you and other members of the committee by surprise by saying that a medical school with the history of the Queen's Medical School will certainly survive as long as I am Minister of Health, and I am sure much longer.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Norton.

One of the areas you mentioned, one of the interesting reports you gave us in your speech, was about the planning conferences that you have had over the last year. I want to ask you to address this particular Bill—because we have a real problem with this Bill; a lot of us have a problem with this Bill, and many of the representatives who have come before us have problems with this Bill, in that it simply does not address what people really want to see addressed in this country, and that is the broad issues of health care delivery. Many of the witnesses who have come before us have said, can you not amend the Bill so that you include certain insured services that are not presently in the system, or include alternative methods of health care delivery that are not now in operation.

• 2050

When we questioned Mr. Justice Hall about this, he said there would be a real constitutional problem in again trying unilaterally to have this Bill make changes in insured services or in health care delivery in an area which is a provincial responsibility. He could not see how we could get around it in this Bill, and of course, as I say, that is the problem. We would like to do certain things.

What I want to know, coming out of your planning conferences and the experience you have had to date on that, is if you can even begin to suggest to us what additional services could be ensured or what alternate methods could be utilized. Is

[Translation]

Pourriez-vous m'exposer votre point de vue personnel sur la situation des hôpitaux universitaires dans la province, et me dire si, en votre qualité de ministre de la Santé, vous avez examiné le dossier des hôpitaux universitaires et si vous avez conclu qu'il fallait en fermer?

M. Norton: Il ne fait aucun doute que le système, en général, est aux prises avec des contraintes financières. Je m'empresse de dire, cependant, que cela n'est pas imputable à un manque d'engagement de la part de la province de l'Ontario, comme le démontrent les documents que je vous ai remis ce soir. Nous avons certainement analysé, et nous continuons d'analyser très attentivement l'impact de cette mesure sur les hôpitaux universitaires de l'Ontario. Mais il n'est pas question d'en fermer.

Pour ce qui est de la question qu'on a soulevée à quelques reprises, et que le Dr. Moran n'est pas sans connaître, à savoir le nombre de médecins et son incidence sur le coût du système, si on décidait de se pencher sur cette question, je ne crois pas qu'il serait opportun de s'attaquer à un établissement d'enseignement en particulier plutôt qu'à l'ensemble du système. J'en surprendrai peut-être plus d'un en disant que l'école de médecine de l'université Queen's ne sera certainement pas appelée à fermer ses portes durant mon règne en tant que ministre de la Santé, et qu'elle restera ouverte encore longtemps après que je serai parti, j'en suis sûr.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur Norton.

Vous avez abordé quelque chose d'intéressant dans votre exposé: soit les conférences de planification qui ont eu lieu l'année dernière. J'aimerais qu'on discute du projet de loi, parce qu'il suscite un véritable problème; il suscite des difficultés pour bon nombre d'entre nous, pour de nombreux représentants qui ont comparu devant notre comité, dans la mesure où il n'aborde pas les questions que la population aimerait vraiment voir régler, c'est-à-dire toute la question de la prestation des services de santé. De nombreux témoins nous ont demandé s'il n'était pas possible d'amender le projet de loi de manière à inclure certains services assurés qui ne font pas partie du système actuel, ou s'il ne serait pas possible d'inclure d'autres mesures concernant la prestation de services de santé qui n'existent pas à l'heure actuelle.

Lorsqu'on a interrogé le juge Hall à ce sujet, il a déclaré que ce serait un véritable problème constitutionnel si on essayait encore unilatéralement, par la voie de cette loi, d'apporter des changements aux services assurés ou à la prestation de services de santé dans un domaine de compétence provinciale. Il ne voyait absolument pas comment ce projet de loi pourrait réussir à apporter ces changements, et c'est évidemment là le cœur du problème. Nous aimerions pouvoir faire certaines choses.

Par suite de vos conférences de planification et de votre expérience en la matière jusqu'à présent, pourriez-vous nous suggérer quels autres services pourraient être assurés et quelles autres méthodes pourraient être utilisées à cette fin. Auriez-

[Texte]

there any kind of report or information you can give us, for instance, on the team system being utilized in centres in Ontario in the most recent past which had not been formerly?

Mr. Norton: Coming out of the consultation process or the phase we have been through to date, a number of priorities were identified, not all of them dealing with specific methods of delivery of service but covering some broad principles, such as emphasizing the importance of community-based services as opposed to institutionally based services, a direction in which we have been moving but which was clearly identified by the range of health care providers, the consumer groups and those in related fields as a direction in which we should continue to move and move probably with greater vigour. Without identifying many specifics in this first phase, they also identified the need for the development of other alternative delivery systems.

As for your specific question about teams, I am not sure precisely what you mean. But we do have in Ontario—and this might be part of the type of thing you are thinking of—a system which is growing, known as community health centres, which by and large are established under community boards. The funding arrangements with them for health services are on a global basis, I think, right?

A Witness: Yes.

Mr. Norton: Within their globe of funding, they would normally hire and retain the services of a physician or more than one physician. They may well have nurses, perhaps other types of health care professionals, be it physiotherapists, social workers, counselling services and that type of thing. There is no narrow limit to the kinds of services they can purchase.

So in that sense, that approach, which so far looks quite successful and is growing to the extent . . . I am not sure I can quote you the exact figures in terms of the numbers, but there has been a fairly . . . Do you know offhand?

A Witness: It is a modestly steady growth.

Mr. Norton: I am told it is a modestly steady growth, but the figure 18 sticks in my mind. I think there are now 18 in existence across the province. Certainly, that represents a team approach, but I do not know if that is what you are referring to.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, it is. What I see, and what many witnesses have indicated to us as the health care systems of the future, is moving as much of possible out of the acute care hospitals and into the community to try to bring about preventive health care before you have to take up beds unnecessarily.

Could I ask if there is any indication that you are aware of in Ontario as to centres of population, particularly among newer immigrants to this country, where people are not

[Traduction]

vous un rapport ou de l'information à nous transmettre par exemple sur le système d'équipe utilisé tout récemment dans les centres de l'Ontario et qui n'existait pas auparavant?

M. Norton: Par suite de la consultation que nous venons d'avoir, un certain nombre de priorités ont été établies, mais elles ne portaient pas toutes sur des méthodes précises de prestation de services, reposant plutôt sur des principes généraux comme l'importance accrue des services communautaires par opposition aux services institutionnels; il s'agit là d'une nouvelle orientation qui semble être endossée par une grande variété d'intervenants dans le domaine de la santé, par les groupes de consommateurs et autres groupes connexes qui semblent vouloir aller plus loin dans cette direction. Sans trop entrer dans les détails à ce stade-ci, on a quand même identifié le besoin d'élaborer de nouveaux systèmes de prestation de services.

Quant à votre question sur les équipes, je ne suis pas certain de bien comprendre ce que vous voulez dire. En Ontario, et c'est peut-être à cela que vous faisiez allusion, on a établi un système qui prend de l'importance, celui des centres de santé communautaires qui relèvent généralement de conseils communautaires. Les modalités de financement des services de santé découlent, si je ne m'abuse, d'un accord global, n'est-ce pas?

Un témoin: Oui.

M. Norton: Dans ce système, les centres de santé communautaires retiendraient normalement les services d'un ou plusieurs médecins. Ils pourraient avoir à leur service des infirmières, peut-être aussi d'autres genres de professionnels du domaine de la santé, que ce soit des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des services de counselling et ainsi de suite. Il n'y a pas de limite quant aux genres de services qu'on peut offrir.

Alors, ce système qui semble réussir assez bien jusqu'à présent et qui croît à un rythme . . . Je n'ai pas de chiffres exacts à vous donner, mais il semblerait que . . . Avez-vous des chiffres en tête?

Un témoin: Il s'agit d'une croissance raisonnablement constante.

M. Norton: On me dit que le système croît de façon raisonnablement constante, mais il y a le chiffre 18 qui me vient à l'esprit. Je pense qu'il y a maintenant 18 centres dans l'ensemble de la province. Cela représente certainement une approche du travail par équipe, mais je ne suis toujours pas certain si c'est bien à cela que vous faisiez allusion.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, c'est bien cela. Ce que je constate, et ce que de nombreux témoins ont déclaré concernant les systèmes de soins de santé de l'avenir, c'est qu'on s'éloigne dans la mesure du possible des hôpitaux où l'on dispense des soins actifs pour se rapprocher des centres communautaires dans un effort préventif plutôt que curatif pour ne pas mobiliser des lits inutilement.

Savez-vous si, en Ontario, par rapport à certains centres de population, surtout chez les Néo-canadiens, il y aurait des gens qui ne connaîtraient pas le système institutionnalisé de services

[Text]

familiar with the institutionalized system of health care delivery we have in this country. Therefore, there are not sufficient community services to provide for them, and they are failing to take advantage of the health care system now in place. We have heard comments about this, that there may be ghettos, there may be new problem areas building up, of people who do not have adequate health care and who simply do not know how to go about getting into the system to get access.

• 2055

Mr. Norton: Off the top of my head, I cannot identify specific communities, although I am aware that is a concern that has been raised by some community workers within metropolitan Toronto, for example. There may well be a problem by virtue of things like language barriers and lack of familiarity with the system, which we obviously will try to address in some meaningful way. We do have one hospital in Toronto that now has I think the capacity to provide services in 17 languages, if I am not mistaken. But that does not necessarily mean that the individuals who might require their services are familiar with means of gaining access.

There are also what might be described as sort of store-front operations within large urban areas, particularly Toronto, which would help to address that, provided they were properly focused and attuned. I just mention one example of a CHC that is in part trying to address that in the south Riverdale area of Toronto, where there is a very heavy ethnic population. They are trying to, through a community health centre, address that question of accessibility because of those kinds of barriers.

The Chairman: Miss MacDonald, I will come back to you again, if I can.

I will go to Mr. McCauley. Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you, Mr. Chairman. Mr. Chairman, I do not know if I have any questions, but I do have a few comments. On page 17 of the brief presented to us this evening, we are told that:

... we are not being well served by this type of carefully managed strategy on the part of our federal government.

I would like to make a few comments on the carefully managed strategy of this brief.

I would refer the Minister to page 11, where he trots out the tired old argument:

... that the proportion of opted-out physicians in Ontario has been steadily declining ...

It is now down to 14.3%. I would submit, Mr. Chairman, that this is a dishonest argument, a dishonourable argument, and a dumb argument. It is also meaningless. The Minister knows that in the City of Toronto 91% of anaesthetists are opted out; 71% of gynaecologists; 43% of psychiatrists. For example, in the City of Toronto alone, of 190 anaesthetists, 173 are opted out. In the York region, there are three urologists; they are all opted out; that is 100%. So why try to

[Translation]

de santé au pays. Car à ce moment-là, il n'y a pas assez de services communautaires pour eux et ils sont donc lésés par le système actuel. Nous avons entendu dire que des ghettos risquaient de se créer, que certaines personnes n'avaient pas accès à des soins médicaux appropriés tout simplement parce qu'elles ne savaient pas à qui s'adresser.

M. Norton: Au pied levé, je ne pourrais pas vous donner de cas précis, mais il me semble que ce problème a été mentionné par certains travailleurs communautaires du grand Toronto. Ce problème est peut-être également causé par des difficultés linguistiques et par le manque de connaissances que ces personnes ont du système, et il faudra donc essayer de le résoudre. À Toronto, un hôpital peut maintenant assurer des services en 17 langues, si je me souviens bien. Toutefois, cela ne signifie pas automatiquement que ceux qui pourraient avoir besoin de ces services savent comment s'y prendre.

Il y a aussi ce qu'on pourrait appeler des centres d'information dans les grandes villes, notamment à Toronto, et qui permettraient de résoudre ce problème. Il y en a un justement qui a été établi dans le quartier de Riverdale-sud, où l'on trouve beaucoup de groupes ethniques. Ce centre de santé communautaire essaie justement de surmonter les difficultés linguistiques qui nuisent à l'accessibilité du système.

Le président: Mademoiselle MacDonald, je vous redonnerai la parole tout à l'heure si nous en avons le temps.

Je vais maintenant donner la parole à M. McCauley.

M. McCauley: Merci, monsieur le président. Je ne pense pas avoir de questions à poser et, par conséquent, j'aimerais faire quelques observations. À la page 17 du mémoire qui nous a été présenté ce soir, on nous dit que:

... cette stratégie soigneusement orchestrée par le gouvernement fédéral ne saurait nous être bénéfique.

J'aimerais donc faire quelques observations sur cette fameuse stratégie soigneusement orchestrée.

À la page 11, le ministre nous ressort le même argument éculé selon lequel:

... le pourcentage de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-maladie de l'Ontario n'a cessé de décroître ces dernières années ...

Vous dites qu'il est ainsi tombé à 14,3 p. 100. À mon avis, monsieur le président, il s'agit là d'un argument spécieux, malhonnête et qui plus est, tout à fait ridicule, qui n'a aucune valeur. Le ministre sait parfaitement que dans la ville de Toronto, 91 p. 100 des anesthésistes, 71 p. 100 des gynécologues et 43 p. 100 des psychiatres se sont désaffiliés. Par exemple, rien que dans la ville de Toronto, sur 190 anesthésistes, 173 se sont désaffiliés. Dans la région de York, il y a trois

[Texte]

mislead the country and mislead this committee by using a figure of 14.3%, when the Minister knows that it is a geographic problem and a problem with regard to specialists. Let us be honest.

On page 16, I was moved to hear that this Bill is just a fiscal transfer arrangement between Ottawa and the provinces. I am going to tell the constituents of my riding in New Brunswick, the working poor, the elderly, who face user fees when they go to the hospital, and who see this Bill as a real salvation to them, that the Minister of Health for Ontario simply calls it a fiscal transfer arrangement. And when they aim a well-placed kick at me, I will refer them to you, Mr. Minister.

• 2100

On page 17 you tell us "We were not consulted". That is not true. We have had this argument before. The answer I am going to read into the record has been read into the record before, but it needs to be read again, obviously, because the same charge is being made, and it is not true.

In 1979 we had the Hall review. There were 450 submissions, meetings in every province. In September of 1980 there was the federal-provincial meeting of Ministers; in November 1980 a federal-provincial meeting of deputy ministers; in February 1981 a federal-provincial meeting of deputy ministers; followed by a series of interdepartmental meetings at the official level. In August 1981 there was the parliamentary committee chaired by my colleague, Mr. Breau. There were 155 submissions, hearings, here in Ottawa, in every province and in every territorial capital. In May 1982 there was the federal-provincial meeting of Health Ministers; in the summer of 1982 a series of meetings on official level; in August 1982 a federal-provincial meeting of officials, followed by *ad hoc* provincial meetings; in September 1982 federal-provincial meetings. The federal Minister continued to meet bilaterally with provincial Ministers, some on more than one occasion. In September 1983 there was a federal-provincial meeting of Health Ministers.

In summary, in three years we had the Hall report, the parliamentary committee report, three federal-provincial Health Ministers' meetings, three federal-provincial deputy ministers' meetings, numerous and continuing meetings on the official level, numerous federal-provincial Health Ministers' meetings on a bilateral basis. In addition, medicare financing was discussed. There was a total of 11 federal-provincial Finance Ministers' meetings during the same period.

[Traduction]

urologues, et ils sont tous désaffiliés, ce qui représente un pourcentage de désaffiliation de 100 p. 100. Pourquoi alors essayer d'induire en erreur l'opinion publique et notre Comité en nous fournissant ce pourcentage de 14,3 p. 100, alors que le ministre sait parfaitement que la gravité de ce problème varie beaucoup d'une région à l'autre et d'une spécialité à l'autre. Soyons honnêtes.

A la page 16, je suis heureux de constater que, pour le ministre, ce projet de loi n'est qu'un accord de transferts fiscaux entre Ottawa et les provinces. Je vais donc aller dire à mes électeurs du Nouveau-Brunswick, les gagne-petit et les personnes âgées, qui doivent payer aujourd'hui des frais modérateurs lorsqu'ils sont hospitalisés et qui considèrent ce projet de loi comme un réel sauveur, que le ministre de la Santé de l'Ontario le considère simplement comme un accord de transferts fiscaux. Et si je me fais mal recevoir, je vous les enverrai, monsieur le ministre.

A la page 17, vous nous dites que vous n'avez pas été consultés. C'est faux. Nous en avons d'ailleurs déjà discuté. La réponse que je vais consigner au dossier l'a déjà été, mais j'estime qu'il est nécessaire de la répéter étant donné qu'on nous lance toujours les mêmes accusations, et qu'elles sont fausses.

En 1979, nous avons eu l'étude Hall. Quatre cent cinquante mémoires ont été déposés au cours de cette enquête, et des réunions ont eu lieu dans toutes les provinces. En septembre 1980, il y a eu la réunion fédérale-provinciale des ministres; en novembre 1980, il y a eu une réunion fédérale-provinciale des sous-ministres; en février 1981, il y a eu une réunion fédérale-provinciale des sous-ministres; il y a eu ensuite toute une série de réunions interministérielles au niveau des fonctionnaires. En août 1981, a été constitué le comité parlementaire présidé par mon collègue, M. Breau. Ce comité a reçu 155 mémoires et a organisé des audiences dans la capitale fédérale et dans la capitale de chaque province et de chaque territoire. En mai 1982, il y a eu la réunion fédérale-provinciale des ministres de la Santé; pendant l'été de cette même année, toute une série de réunions ont eu lieu au niveau des fonctionnaires; en août 1982, une réunion fédérale-provinciale des fonctionnaires a eu lieu, suivie de réunions provinciales ponctuelles; en septembre 1982, il y a eu des réunions fédérales-provinciales. Le ministre fédéral a continué de rencontrer, sur une base bilatérale, les ministres provinciaux, dont certains à plusieurs reprises. En septembre 1983, il y a eu une réunion fédérale-provinciale des ministres de la Santé.

Bref, en trois ans, nous avons eu le rapport Hall, le rapport du comité parlementaire, trois réunions fédérales-provinciales des ministres de la Santé, trois réunions fédérales-provinciales des sous-ministres, sans parler des nombreuses réunions, qui se poursuivent d'ailleurs, au niveau des fonctionnaires et sans compter les réunions bilatérales entre le ministre fédéral de la Santé et ses homologues provinciaux. On a également parlé du financement de l'assurance-maladie. Par ailleurs, pendant la même période, il y a eu en tout 11 réunions fédérales-provinciales des ministres des Finances.

[Text]

I rest my case.

The Chairman: Mr. Minister, do you have some comments?

Mr. Norton: Yes. I think one should not make the mistake of assuming every meeting is consultative. Prior to my becoming Minister of Health in the Province of Ontario just last July, it is true there had been some meetings that I think were viewed as being preliminary meetings, probably leading up to the drafting of some new legislation at the federal level. There were also, as I understand from discussions with my predecessor, discussions at a meeting I think the previous September to try to address the very concerns that were raised at the introduction of this Bill about extra-billing and user charges. It was proposed by Ontario that there might be some joint effort within Canada seriously to address what the impact on access to health care might be from permitting extra-billing and, in some provinces, user charges. That proposal from Ontario was not taken up.

But I can certainly tell you that from the time I have been in the ministry there was a federal-provincial meeting to which you made reference—I am sorry, it was an interprovincial meeting last September, to which the federal Minister had been invited, in Halifax. We had hoped that might be an opportunity to discuss some of the kinds of concerns that I have expressed in my presentation tonight about the content of any Bill and at least lead to getting some discussions on the road. The meeting with the federal Minister was very brief and very abrupt and very confrontational. There was really no opportunity for consultation one way or the other at that time.

A commitment was made, I thought, at that meeting that there would be a further meeting as soon as draft legislation was available. That was also the recollection of my colleagues from other provinces. In fact, the next time we met was not a collective meeting, but rather the bilateral meetings that were conducted by the federal Minister after the bill was already in the House, and the discussions focused mainly on draft regulations that were presented to us on the day of her visit. I still maintain that there has not been consultation. I am not saying . . . You may laugh, but I ask you to define then what you mean by consultation, because the kinds of meetings I have been involved in I would not regard as consultative. I would think a consultative meeting, if you wish, would be one in which there was a preparedness for some give and take and some actual preparedness to listen. And that has not been my experience.

• 2105

I am not here to attack the federal Minister. I am here, recognizing that what has transpired has transpired in spite of our best efforts, and that this committee represents to me, I suppose, a last hope that this effort to amend or to introduce new legislation with respect to the health care system in my Province, is not an opportunity missed. That is, not an opportunity missed to truly shape the future of health care in

[Translation]

J'en resterai là, je crois que ça suffit.

Le président: Monsieur le ministre, avez-vous des observations à faire?

M. Norton: Oui. Il ne faudrait surtout pas s'imaginer que chaque réunion se fait dans un objectif de consultation. Avant que je ne devienne ministre de la Santé de l'Ontario, en juillet dernier, il est vrai que plusieurs réunions avaient déjà eu lieu et qui étaient considérées comme des réunions préliminaires, susceptibles de conduire à l'élaboration d'un nouveau projet de loi fédéral. Il y a eu aussi, d'après ce que m'a dit mon prédécesseur, des discussions lors d'une réunion qui avait eu lieu au mois de septembre précédent au sujet des problèmes que suscitait la présentation de ce projet de loi interdisant la surfacturation et les frais modérateurs. L'Ontario avait proposé que toutes les parties intéressées conjuguent leurs efforts pour s'attaquer sérieusement aux conséquences que pourrait avoir la reconnaissance de la surfacturation et, dans certaines provinces, des frais modérateurs sur l'accessibilité des soins médicaux. Cette proposition de l'Ontario n'a pas été reprise.

Depuis que je suis responsable de ce portefeuille, je peux vous dire qu'il y a eu une réunion fédérale-provinciale, ou plutôt une réunion interprovinciale en septembre dernier, à laquelle le ministre fédéral avait été invité, à Halifax. Nous espérons qu'on pourrait ainsi discuter des problèmes dont j'ai parlé tout à l'heure dans mon exposé au sujet du contenu du projet de loi, et nous espérons également pouvoir entamer d'autres discussions. La réunion avec le ministre fédéral a été très brève et très agressive. Nous n'avons donc pas été consultés à ce moment-là, d'une façon ou d'une autre.

On s'était cependant engagé, lors de cette réunion, à se retrouver dès que le projet de loi serait prêt. Mes collègues des autres provinces s'en souviennent parfaitement. Or, lorsque nous nous sommes retrouvés, il ne s'agissait plus d'une réunion interprovinciale, c'est-à-dire collective, mais plutôt de réunions bilatérales organisées par le ministre fédéral après la présentation du projet de loi à la Chambre. Les discussions, à ce moment-là, ont porté essentiellement sur les projets de règlement qui nous avaient été présentés le jour même de sa visite. Je continue à prétendre qu'il n'y a pas eu de consultation. Je ne dis pas . . . Vous riez peut-être, mais je vous demande de définir ce que vous entendez par consultation, car le genre de réunions auxquelles j'ai participé n'étaient pas de nature consultative à mon avis. Selon moi, pour qu'il y ait consultation, il faut que les participants soient prêts à faire des compromis et à s'écouter. Ce n'est pas du tout l'impression que j'ai eue lors de ces réunions.

Je ne suis pas ici pour attaquer le ministre fédéral. Je suis ici parce que je sais que ce qui s'est passé s'est passé malgré nos meilleurs efforts. Je considère que le Comité représente une dernière possibilité d'amender ou de présenter un nouveau projet de loi concernant le Régime de soins de santé dans ma province. Il ne faut pas perdre cette occasion. Nous avons maintenant la possibilité de déterminer l'avenir du Régime de

[Texte]

this country at a time when it desperately needs a serious examination, one that reflects the kinds of real concerns that those of us involved in the health care system recognize, rather than dealing with, and I will reiterate it even though I know you do not agree with me, primarily matters of fiscal arrangements and penalties attached thereto, in areas that . . . The penalties may be because the government is trying to act in an area where it knows it has not the jurisdiction and therefore it will use the stick in an effort to encroach. I do not know that that is the intent, but I am suspicious.

If I might just briefly respond to your comments about the percentage of opted-out physicians; I am aware that there are specialties within the medical profession where the levels are higher. It is a matter of real concern. It is also a matter in which we have had a considerable amount of co-operation from the Ontario Medical Association in trying to ensure accessibility of patients to services at opted-in rates. But once again, you must not make the assumption that because a physician has opted-out, all his services are extra-billed. I have forgotten the figure you quoted, the percentage, was it 75% you quoted as the figure for anaesthetists? Whatever it was—I am not questioning the accuracy of your figure—whether it was 75% or 90%, the fact is, the services of those in that same area of the physicians to whom you refer—those specialists—only 25% of their services involve, to the best of our knowledge, any extra-billing. So all I am saying is, do not make the assumption . . . I mean, opting-out is different from extra-billing. There are many physicians who opt-out but do not extra-bill. And there are many physicians who opt-out and do not always extra-bill. They might do so selectively.

Dr. Edward Moran (General Secretary, Ontario Medical Association): I would like to help with that one, too, Mr. Norton. I think Mr. McCauley's comments were misleading, as opposed to his accusation that you were. I will not say dishonest, because he is probably misinformed. But the fact of the matter is, as Mr. Norton said, 25% of the accounts from the anaesthetists in Metro are billed beyond the OHIP rate. Furthermore, the association and the ministry has a mechanism put in place to deal with misunderstandings or problems that relate to fees charged.

In the Province of Ontario the local media have literally main-streeted, right across small-town Ontario, trying to find people who have problems with opted-out accounts. They could not find them. A colleague of Mr. Blaikie's at the provincial level put an ad in the paper trying to find people with problems. We have seen very minimal response from that. But I think the implication that, because opting out is of whatever dimension, therefore people are lying bleeding in the streets is misleading and borders on the . . .

• 2110

Mr. McCauley: I did not say . . .

Dr. Moran:—excuse me, sir—borders on the dishonest.

Mr. McCauley: I did not say it. Let us deal with facts. I did not say anything about extra-billing. I am pointing out the

[Traduction]

soins de santé au Canada à un moment où il a besoin d'études sérieuses, qui tiennent compte des préoccupations de ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine du Régime de soins de santé. C'est ça l'important, et non pas les questions d'arrangements fiscaux, et les sanctions, et je sais que je me répète. Il se peut que le gouvernement impose des sanctions parce qu'il essaie de prendre des mesures dans un domaine où il n'a pas compétence. Il se sert donc des sanctions pour s'immiscer dans ce domaine. Je ne sais pas si c'est là l'intention du gouvernement fédéral, mais j'ai des doutes.

J'aimerais répondre brièvement à vos commentaires concernant le pourcentage de médecins désaffiliés. Je sais que dans le cas de certaines spécialités médicales, le pourcentage est plus élevé. C'est une question qui nous préoccupe beaucoup. Nous avons eu beaucoup de collaboration de la part de l'Association médicale de l'Ontario, qui a essayé de s'assurer que les patients aient accès aux services aux taux des médecins conventionnés. Mais il ne faut pas supposer qu'un médecin désaffilié impose une surfacturation dans le cas de tous ses services. Je ne me souviens plus du chiffre que vous avez cité, est-ce qu'il s'agissait de 75 p. 100 d'anesthésistes qui se sont désaffiliés? Je ne conteste pas du tout l'exactitude de votre chiffre—Qu'il s'agisse de 75 ou de 90 p. 100, il reste qu'autant que nous sachions, seulement 25 p. 100 des services de ces spécialistes font l'objet d'une surfacturation. Donc il ne faut pas penser que tous les médecins désaffiliés imposent une surfacturation. Nombre d'entre eux n'ont pas recours à la surfacturation. Il y en a beaucoup qui n'ont recours à la surfacturation que dans le cas de certains services.

Dr. Edward Moran (secrétaire général, Association médicale de l'Ontario): J'aimerais donner une réponse complémentaire, monsieur Norton. Je pense que les commentaires de M. McCauley étaient trompeurs, alors qu'il vous a accusé de faire des commentaires trompeurs. Je ne vais pas dire qu'il est malhonnête, car il n'est probablement que mal renseigné. Le fait est, comme M. Norton l'a dit, qu'il n'y a que 25 p. 100 des factures des anesthésistes qui dépassent les tarifs du Régime d'assurance-hospitalisation de l'Ontario. De plus, l'Association et le ministère a créé un mécanisme pour régler les malentendus ou les problèmes découlant des frais.

Les médias locaux de l'Ontario se sont rendus dans toutes les petites villes de la province pour essayer de trouver des gens qui ont des problèmes avec des médecins désaffiliés. Ils n'en ont pas trouvé. Un collègue provincial de M. Blaikie a même mis une annonce dans le journal pour essayer de trouver des gens qui avaient des problèmes. La réponse a été très minime. Mais l'insinuation selon laquelle les gens ne sont pas soignés parce que les médecins désertent de plus en plus le système, est trompeuse et frise . . .

M. McCauley: Je n'ai pas dit . . .

Dr. Moran: . . . excusez-moi, monsieur, . . . frise la malhonnêteté.

M. McCauley: Ce n'est pas ce que j' ai dit. Parlons des faits. Je n'ai rien dit à propos de la surfacturation. Je voulais faire

[Text]

misleading argument, on page 11 of the brief, about opted-out positions. I was responding to that and pointing out that when we look at specialties and we look at geographic areas, the figure of 14.3% is meaningless.

The Chairman: I will let the Minister comment, and then I will recognize Dr. Halliday after that. Mr. Minister.

Mr. Norton: I would suggest that it is no more meaningless than the unsubstantiated, sweeping allegation that there is a problem of access because of that.

There are problems, do not misunderstand me, problems that we feel quite competent to address and that we are prepared to address. We have had co-operation from the Ontario Medical Association in addressing them in specific areas where, as you say, there may be a geographic problem. We may have to find other ways, as well, of addressing them. All I am suggesting is that the proposal that has been made and is reflected indirectly in this legislation may not be the only way, or even the best way, of addressing them.

The Chairman: Thank you, Minister. Dr. Halliday, please.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, I want just to note that the Minister's presentation to us tonight has included in it a number of references to the need for consultation, both at the intergovernmental level and also at the level between governments and the health care providers. I want just to observe, if I may, Mr. Chairman, that the Minister tonight is the first Minister we have had before us who has brought with him not only his own officials but three of the key health care representatives, three of the key health care providers, in this country. Actually, Mr. Breau had the unmitigated gall—and he is trying it again now—he had the unmitigated gall to suggest that you were shunning the nurses, and he has not even read the Bill, Mr. Chairman, to realize that the nurses were completely ignored in that Bill by your Minister—by his Minister.

I am sure, Mr. Chairman, that, if Mr. Norton had had a Bill before him from the federal government that was going to include the nurses in an appropriate way, he would have included them at this table, along with the other three providers mentioned in the Bill. I think I rather take exception to that comment of his.

Furthermore, he also had the nerve to suggest that the witnesses we had yesterday from Quebec brought along, apparently, two busloads of people. But there were two notable exceptions, who were not included in that busload, and they happened to be the major health care providers in Quebec, namely the physicians. They were excluded, either because they did not want to come or because the Minister refused to ask them to come.

Mr. Chairman, to you, Mr. Minister, you are setting an example in this country of how co-operation can work. Here you have the health care providers working with you, working together. Yesterday we saw what happens when a model like

[Translation]

ressortir l'argument trompeur qui figure à la page 11 du mémoire et qui porte sur la désaffiliation. C'est ce à quoi je répondais et je disais que lorsqu'on examine les spécialités et les régions géographiques, ce chiffre de 14,3 p. 100 devient insignifiant.

Le président: Je vais laisser le ministre commenter cette observation et ensuite je donnerai la parole au Dr. Halliday.

M. Norton: Je dirais que ce n'est pas plus insignifiant que lorsqu'on insinue, et ce sans preuve aucune, qu'il existe un problème d'accès pour cette raison.

Il existe des problèmes, comprenez-moi bien, des problèmes que nous pouvons très bien résoudre nous-mêmes et que nous sommes disposés à résoudre. L'Association médicale de l'Ontario nous a aidé à les résoudre dans certains domaines où, comme vous le dites, il existe un problème géographique. Nous devons peut-être trouver d'autres solutions. Tout ce que je dis, c'est que la proposition qui a été faite et qui figure indirectement dans ce projet de loi n'est peut-être pas la seule façon, ni même la meilleure façon, de les résoudre.

Le président: Merci, monsieur le ministre. Monsieur Halliday, s'il vous plaît.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, je voudrais simplement faire remarquer que dans sa communication ce soir, le ministre a répété à plusieurs reprises que des consultations étaient nécessaires, tant au niveau intergouvernemental qu'entre les gouvernements et les pourvoyeurs de soins médicaux. Je voudrais simplement faire observer, si vous me le permettez, monsieur le président, que ce soir le ministre est le premier à comparaître devant nous à s'être accompagné non seulement de ses propres collaborateurs mais également de trois représentants de ces pourvoyeurs de soins médicaux de ce pays. D'ailleurs, M. Breau a eu le toupet, et il continue, de donner à penser que vous fuyiez les infirmières; or, monsieur le président, il n'a même pas lu le projet de loi puisqu'il ne sait même pas que les infirmières ont été complètement ignorées dans ce projet de loi mis au point par votre ministre—son ministre.

Je suis sûr, monsieur le président, que si M. Norton avait eu devant lui un projet de loi du gouvernement fédéral, projet de loi qui englobait les infirmières, leur représentante l'aurait accompagné en plus des trois autres pourvoyeurs de soins médicaux cités dans ce projet de loi. Je dois dire que son observation m'offense.

De plus, il a eu également le culot de dire que les témoins du Québec qui ont comparu hier ont amené avec eux deux autocars entiers de gens. Mes deux représentants manquaient à l'appel et il s'agissait des principaux pourvoyeurs de soins médicaux au Québec, à savoir les médecins. Ils ont été exclus soit parce qu'ils ne voulaient pas venir soit parce que le ministre a refusé de leur demander de venir.

Monsieur le président, monsieur le ministre, vous êtes l'exemple vivant d'une coopération active entre un gouvernement et les pourvoyeurs de soins de santé. Hier, nous avons vu ce qui se passe lorsqu'un système, comme le système québécois,

[Texte]

the Quebec model comes into force. By the way, the Minister did not seem to realize that that is exactly what the federal Minister wants to see across this country. I think you questioned whether that was the case. I can assure you that that is what she wants to see across this country. Mr. Chairman, we will see the same kind of lack of co-operation as we witnessed here yesterday, when the Quebec Minister was here, as contrasted with tonight, when we see not only the Minister and his officials but also the representatives of the three major providers named in this Bill. I think it is very important that the committee realize what is happening here.

Mr. Breau: On a question of privilege, Mr. Chairman.

Mr. Halliday: This will not come out of my time, Mr. Chairman.

The Chairman: Oh, no.

Mr. Breau: I hate to intervene . . .

The Chairman: Privilege.

Mr. Breau: —but Dr. Halliday said that I shunned the Minister, or something. I wish to apologize if I did. Normally Ontario Ministers can take it as well as they can give it, and I thought he enjoyed taking it.

Mr. Halliday: Sure.

Mr. Breau: I am sorry if I hurt the Minister. I did not think he was the kind who could not take this little jab.

Mr. Norton: As Minister of Health, one must be very sensitive to jabs.

The Chairman: Mr. Halliday, that is not out of your time.

Mr. Halliday: Thank you very much.

Mr. Chairman, I want to get on to something that is rather serious and has not been mentioned by my predecessors, either from the NDP or from the Liberals. We have heard a lot of talk about opting out and extra-billing. In fact, what Mr. Blaikie and Mr. McCauley—two gentlemen, by the way, who belong to sister professions, namely the clergy . . . would like to see happen in this Bill, and which this Bill provides for, is the removal of all kinds of freedoms that they enjoy in their profession that they want to see taken away from the medical profession. That should not be ignored.

Now, Mr. Chairman, I am concerned about extra-billing too.

• 2115

The Chairman: Order. Dr. Halliday has the floor, please.

Mr. Halliday: I am concerned about extra-billing too, and I am concerned about it for a different reason, Mr. Minister; that is, because I think it is going to affect the quality of health care in this province. That is not a concern of Mr. Blaikie's; he just wants to trap the doctors provincially. But

[Traduction]

entre en vigueur. D'ailleurs, le ministre n'a pas semblé se rendre compte que c'était là le désir le plus cher du ministre fédéral. Je crois que vous vous êtes demandé si c'était le cas ou non. Je puis vous assurer que c'est exactement ce qu'elle veut voir dans tout le pays. Monsieur le président, nous avons assisté hier à une absence totale de coopération, lorsque le ministre du Québec a comparu, contrairement à ce soir où non seulement le ministre et ses collaborateurs sont présents, mais également les représentants des trois principaux pourvoyeurs de soins médicaux qui figurent dans ce projet de loi. Je pense qu'il est très important que le Comité se rende compte de ce qui se passe.

M. Breau: Question de privilège, monsieur le président.

M. Halliday: Vous ne défalquerez pas ce qu'il va dire de mon temps de parole, monsieur le président.

Le président: Oh non.

M. Breau: Je déteste intervenir . . .

Le président: Privilège.

M. Breau: . . . mais M. Halliday a dit que j'avais fui le ministre ou quelque chose de ce genre. Je désire m'en excuser si tel a été le cas. Normalement, les ministres de l'Ontario ne se montrent pas aussi sensibles et j'ai pensé qu'il n'y verrait pas de mal.

M. Halliday: Bien sûr.

M. Breau: Excusez-moi si j'ai offensé le ministre. Je ne pensais pas qu'il était de ceux qui ne pouvaient pas encaisser un coup inoffensif.

M. Norton: Lorsqu'on est ministre de la Santé, il faut toujours faire très attention aux coups.

Le président: Monsieur Halliday, vous avez toujours droit à votre temps de parole.

M. Halliday: Merci beaucoup.

Monsieur le président, je voudrais passer à quelque chose de plus grave et dont n'ont pas parlé mes prédécesseurs, qu'il s'agisse du parti néo-démocratique ou du parti libéral. Nous avons beaucoup entendu parler de la désaffiliation et de la surfacturation. En fait, ce que M. Blaikie et M. McCauley, deux messieurs, au fait, qui appartiennent à des professions jumelles, à savoir le clergé, voudraient voir dans ce projet de loi et qu'ils prévoient d'ailleurs, c'est la suppression de toutes les libertés dont ils jouissent au sein de leur profession mais qu'ils voudraient voir retirer à la profession médicale. Cela devait être dit.

Or, monsieur le président, la surfacturation m'inquiète aussi.

Le président: À l'ordre. Le docteur Halliday a la parole.

M. Halliday: Moi aussi, la surfacturation m'inquiète, mais pour une autre raison, monsieur le ministre; cela m'inquiète parce que j'ai l'impression que cela nuira à la qualité des soins de la province. Évidemment, ce n'est pas ce qui inquiète M. Blaikie, qui ne désire qu'une chose, confiner les médecins à

[Text]

some of us are concerned about the people in our province, the people in Canada who are going to be affected one way or another by this Bill C-3.

I wanted to ask you, Mr. Minister, this question. With this little illustration to start with, a colleague of yours and mine from the same riding brought to my attention this week a letter that you probably will have seen, or will see shortly, about one example that cites the difficulties you are having, Mr. Minister, in Ontario because of lack of funding. It is just a simple little story. A three- or four-year old boy is badly in need of speech pathology treatment and is having to wait three or four months in order to get an assessment. The family is being told they are going to wait seven or eight months to get treatment.

Now that sort of thing is happening all across the country—including Quebec, including New Brunswick. I want to ask the Minister if he feels that Bill C-3 is going to make it easier or more difficult to help that boy who is desperately in need of speech training and speech pathology assessment and cannot get it because of a lack of funding.

Mr. Norton: Well, I suppose the short answer is that I do not see anything in the Bill that would in any way make it any easier to provide service to the child you describe.

Mr. Halliday: Thank you.

My new question, Mr. Chairman, is on a different topic. We have heard about the problems of this opting-out business and the extra-billing. I want it from a little different position and see what your point of view is on this.

You obviously are in a relatively good position vis-à-vis your providers of health care under the system you now have in Ontario. You are able to talk and bring with you representatives of the three groups you have here tonight. I want to get an idea from you as to what you feel will happen if Bill C-3 as presently before the House is implemented. In particular, I want to know how you feel that will affect your negotiations with the medical profession and probably in due course with the dental profession as well. Do you feel that is going to help your negotiations if that opportunity they have now to opt out and extra-bill is removed from your Ontario plan?

Mr. Norton: Well, it would be difficult for me to anticipate what the specific effect might be, I think. I cannot see that it will help the relationships. I am sure Dr. Moran would admit we do not always see eye-to-eye.

An hon. Member: Not from what we heard yesterday.

Mr. Norton: You will probably hear it again. As I said during my remarks, the fact that we recognize a common commitment to the health care system does not mean that we can be expected to agree on all of the specifics and details. I do not think that is in itself damaging. But one of the things that should be borne in mind, I think, and I hope if anything is reflected by the presence of the representatives of the three

[Translation]

leur province. Mais certains d'entre nous s'inquiètent des habitants du Canada en général qui pourraient souffrir d'une façon ou d'une autre à cause du projet de loi C-3.

Monsieur le ministre, voici ce que je voudrais savoir. Auparavant, j'aimerais vous dire qu'un collègue à vous et à moi, qui habite la même circonscription, a porté à mon attention une lettre que vous aurez sans doute vue ou verrez bientôt, lettre qui illustre bien les difficultés que connaît l'Ontario en raison d'un manque de financement. C'est une histoire toute simple: il s'agit d'un petit garçon de trois ou quatre ans qui a fortement besoin de recevoir des traitements en orthophonie mais qui doit attendre trois à quatre mois avant de faire évaluer son état. La famille s'est même vu dire qu'il pourrait attendre de sept à huit mois avant de commencer son traitement.

Ces phénomènes se retrouvent partout au Canada, y inclus au Québec et au Nouveau-Brunswick. Monsieur le ministre, le projet de loi C-3 aidera-t-il ou non cet enfant qui a désespérément besoin d'évaluation et de thérapie en orthophonie, mais ne peut les obtenir par manque de crédits?

M. Norton: Pour être bref, je ne pense pas que le projet de loi pourrait de quelque façon aider cet enfant à obtenir les services que vous décrivez.

M. Halliday: Merci.

Monsieur le président, ma prochaine question porte sur un problème différent. Nous avons entendu parler de la désaffiliation au régime et de la surfacturation. J'aimerais savoir quelle est votre opinion à cet égard, vous qui êtes dans une position quelque peu différente.

Vous êtes visiblement en assez bonne position dans vos contacts avec ceux qui dispensent les soins de santé à l'intérieur du régime qui existe en Ontario. Vous semblez avoir de bons contacts avec les trois groupes en question, puisque vous êtes accompagné de leurs représentants ce soir. J'aimerais savoir de votre part ce qui se produira, si le projet de loi C-3 est adopté tel qu'il est actuellement libellé. J'aimerais savoir en particulier si l'adoption du projet de loi influera sur vos négociations avec les médecins et, éventuellement, avec les dentistes. Pensez-vous que cela vous aidera dans vos négociations si l'on supprime la possibilité de se désaffilier du régime ontarien de même que la surfacturation?

M. Norton: Il m'est difficile de vous dire quelles seront les conséquences précises. Je ne pense pas que cela nous aide dans nos contacts avec eux, et le Dr. Moran admettra certainement que nous ne sommes pas toujours sur la même longueur d'ondes.

Une voix: Non, pas d'après ce que nous avons entendu hier.

M. Norton: Vous l'entendrez sans doute encore. Je le répète, ce n'est pas parce que nous avons en commun l'objectif d'un bon système de soins de santé que nous nous entendons sur tous les détails, ce qui n'est pas néfaste en soi. Mais il ne faut pas oublier, si l'on peut espérer que la présence des représentants des trois groupes de professionnels de la médecine les

[Texte]

professional bodies most directly impacted by this bill, which is precisely why these three gentlemen are here . . .

Mr. Halliday: He did not realize that.

Mr. Norton: —and not all of the other professional groups . . . I have correspondence from the other professional groups. I have been in contact with them, and by and large the kinds of concerns they have expressed with respect to prevention of illness and supportive care and community care and so on are the kinds of concerns we have. There is not much disagreement on some of those basics. We may disagree; some particular professions may have different views on the issue of extra-billing, for example. That is fine; I respect their views.

My concern is that we cannot treat the health care system as a monolithic system, because in fact and in practice it is not. If you have the responsibility for attempting to manage it, you quickly understand that it is not. It is a "humanly" institution and a very human institution, one that is staffed by thousands and thousands of caring individuals.

• 2120

It is important to maintain the high level of health care, high quality of health care, in this country as a co-operative relationship among those professionals and among all of the actors, including government. I do not think we can treat any profession as if its views are insignificant. Whether we agree or not, or whether the members of this committee agree or not, I would hope they would give at least a sincere and sympathetic hearing to the concerns that are being expressed by all the health care professionals; because those are the people on the front line—those are the people on the front line—and if we fail to recognize that, and if we ignore the honestly held commitments and convictions of those individuals, then it seems to me we do invite problems in the system, because the potential is there for disenchantment, alienation, disaffection. Ultimately my concern is that will impact on the quality of health care in this country.

Mr. Halliday: Exactly. That is good.

One last question; and it relates, Mr. Minister, to amendments that have come before this committee by other groups. I want, if I may, to get your quick off-the-cuff reaction to them. One comes from the FMOQ, which is the Federation of General Practitioners of Quebec. They have suggested that if this Bill passes as it is, by which you will be assessed a penalty as a province if you do not conform to all the provisions and regulations of the Bill, they suggest it would be fair to the providers of the services if likewise you as a provincial Minister or as a province were assessed a penalty if you did not measure up to providing reasonable compensation, or whatever term the Minister uses for those health care providers.

Do you think that is a reasonable amendment to include in the Bill?

The second amendment came from CAIR. CAIR is the Canadian Association of Interns and Residents. They are very concerned about the threat that is happening in B.C. now whereby the provincial government is considering not providing some physicians with a number so they can bill within the

[Traduction]

plus directement touchés par ce projet de loi, c'est-à-dire ceux qui m'accompagnent, soit un signe positif . . .

M. Halliday: Il ne s'en était pas rendu compte.

M. Norton: . . . alors que les autres groupes professionnels ne sont pas ici . . . En fait, j'ai correspondu avec ces autres groupes professionnels, et en général, ils ont exprimé les mêmes inquiétudes que nous en ce qui concerne la prévention des maladies, les services d'aide et les soins communautaires. Nous sommes plutôt d'accord sur ces choses fondamentales. Cependant, je ne suis pas nécessairement d'accord avec eux sur la question de la surfacturation, bien que je respecte leur opinion.

On ne doit pas traiter le système des soins de santé comme un monolithe, puisqu'il ne l'est pas en pratique. Dès qu'il vous faut tenter de l'administrer, vous vous en rendez compte bien rapidement. C'est plutôt une institution très humaine composée de milliers d'individus qui ont à coeur la santé.

Il est important de maintenir la grande qualité des soins de santé dans notre pays et de maintenir des liens de collaboration entre les professionnels de la santé et tous les autres acteurs, le gouvernement y inclus. On ne peut rejeter du revers de la main les opinions de quelque profession que ce soit, que nous y souscrivions ou non, ou que les membres de votre Comité y souscrivent ou non. J'ose espérer que vous allez tendre une oreille sincère et sympathique aux doléances exprimées par tous les professionnels de la santé, puisque ce sont eux qui sont au front. Sans cela, c'est-à-dire si nous ne tenons pas compte des engagements qu'ils ont pris avec sincérité et de leurs convictions, nous ouvrons la porte à beaucoup de problèmes, car nous susciterons désenchantement, aliénation et désaffection à l'égard du système. Ce qui m'inquiète en fin de compte, ce sont les conséquences sur la qualité des soins dans notre pays.

M. Halliday: Exactement. Vous avez raison.

Ma dernière question porte sur les modifications qui ont été présentées au Comité par d'autres groupes. J'aimerais que vous me donniez votre réaction à brûle-pourpoint à certaines d'entre elles. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a prétendu que si le projet de loi était adopté tel quel, c'est-à-dire que si les provinces sont pénalisées lorsqu'elles ne respectent pas toutes les dispositions et tous les règlements du projet de loi, il serait plus juste, à l'égard des dispensateurs des services, que la province et son ministre responsable soient pénalisés s'ils n'offrent pas de rémunération raisonnable pour les services dispensés par ces dispensateurs des services.

Selon vous, est-ce une modification raisonnable?

Le deuxième amendement nous a été proposé par l'Association canadienne des internes et résidents, la C.A.I.R. Cette association s'inquiète de la menace que fait peser le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique sur les médecins, en les obligeant d'aller s'établir dans des régions données de la

[Text]

plan—so they can practise their profession in that province, actually—unless they go to certain specific areas of the province. They are suggesting that there should be some provision in Bill C-3 that would protect the rights of a provider to practise his profession, if indeed he is a graduate and duly licensed.

I am wondering how you feel. Would you ever consider that kind of a stick to be used against a profession in Ontario, should you have difficulty in getting physicians up into the less-served areas?

Mr. Norton: First of all, on the matter of reasonable remuneration, it seems to me that is a matter best left to the parties; in this instance, if we are talking about physicians, for example, the negotiations between government and the association representing the profession; or in the case of other health care professionals, if we think of nurses, then their negotiations with the hospitals, or their other employers—not some third party who is not directly a party to that relationship.

I think there have been good times and there have been bad times, perhaps, in the negotiations we have had. I hope on average things work out not too badly. The negotiating process, where sincere people are prepared to sit down and talk, seems to me to be the most reliable we have, rather than having an appeal some fear might happen to another level of government that is not directly involved.

The question of assessing the penalties in this Bill is something I have yet really to figure out, because there is a sort of double-whammy. Clause 18, which I know is not the one specifically you refer to, is one that has me a little mystified. If we want to avoid penalties in one respect, we have to withhold payment to patients for services which have involved any extra-billing.

• 2125

However, it would seem to me that if we did that then it would be a question of whether there was universal accessibility and therefore probably subject to another penalty. So we are really in a Catch-22 situation. I am not suggesting that we would seriously entertain withholding payments from a patient. But if we were to comply with that section, I would suspect we would be subject to another penalty. It is a strange exercise in drafting.

The answer to the second part of your question with regard to withholding the privilege of the licence to practise from certain providers . . .

Mr. Halliday: Not licence, billing.

Mr. Norton: I am sorry, billing privileges. —I have not and do not foresee considering that approach at all. It seems to me, in terms of the under-served areas in the province, we have to find more persuasive techniques than that. Generally, I would prefer the carrot to the stick in dealing with other human beings.

Mr. Halliday: Thank you.

[Translation]

province, sans quoi il ne leur délivrera pas un numéro qui leur permettra de pratiquer leur profession et de facturer le régime provincial. On a suggéré d'inclure au projet de loi une disposition qui protégerait les droits d'un médecin à pratiquer sa profession, s'il est bien sûr diplômé et officiellement accrédité.

Qu'en pensez-vous? Avez-vous songé à exercer ce genre de profession en Ontario, si vous aviez des difficultés à obtenir des médecins dans les régions défavorisées?

M. Norton: D'abord, en ce qui concerne la rémunération raisonnable, je pense qu'il faut laisser cela entre les mains des parties intéressées; si vous parlez des médecins, dans ce cas-ci, qu'on s'en remette aux négociations entre le gouvernement et l'association représentant les médecins; s'il s'agit d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières, qu'on s'en remette aux négociations entre leurs représentants et les hôpitaux, et non une tierce partie qui ne leur serait pas directement liée.

Si l'on pense aux négociations que nous avons déjà eues, les temps ont parfois été durs et ils ont parfois été favorables. J'espère que dans l'ensemble, les résultats n'ont pas été trop mauvais. Le processus de négociation regroupant des gens sincères et prêts à discuter me semble être la meilleure façon de procéder, plutôt que de pouvoir interjeter appel auprès d'un autre niveau de gouvernement qui ne serait pas directement partie.

Quant aux pénalités, je ne m'y suis pas encore arrêté, puisque c'est une arme à deux tranchants. L'article 18, même si ce n'est pas celui que vous avez mentionné directement, m'a quelque peu dérouté. Si l'on veut éviter les pénalités, il suffit de retarder le paiement aux patients dans le cas de services qui ont fait l'objet d'une surfacturation.

Cependant, il me semble que si nous faisons cela, il s'agirait alors de savoir s'il y avait accessibilité universelle et il y aurait donc peut-être une autre pénalité à prévoir. Je crois que nous tournons en rond. Je ne dis pas que nous devrions sérieusement songer à ne pas rembourser un patient. Mais si nous devons respecter cet article, je crois que nous serions peut-être passibles d'une autre pénalisation. C'est de la drôle de rédaction.

La réponse à la deuxième partie de votre question concernant le refus de permis de pratiquer pour certains . . .

M. Halliday: Pas le permis, la facturation.

M. Norton: Désolé, les privilèges de facturation. Je n'ai pas envisagé et n'envisage pas cette méthode. Il me semble, pour ce qui est des régions de la province qui sont moins bien servies, qu'il nous faut trouver des moyens plus persuasifs. En général, je préfère la carotte au bâton lorsqu'on traite avec des êtres humains.

M. Halliday: Merci.

[Texte]

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

I wonder if the Minister can clarify a few points for me. The brief starts out by defining the proposed Canada Health Act as mainly having to do with extra-billing and with fiscal transfers. It then goes on to say that this is basically what the area of jurisdiction is for the federal government; that is, fiscal funding and national standards.

And in one and the same brief you condemn us for going too far and going beyond fiscal transfers and national standards into other areas of health care delivery and health programs, and then in the same brief you condemn us for not meeting the challenges that are facing the health care system today. So I think that we, as a committee, really need to have some clarification as to what you feel the federal jurisdiction is in meeting the needs of health care in terms of health services and health programs.

Now, that is a comment.

I was very interested in your chart regarding fiscal capacity in "Some Facts and Figures". I wonder if you could give the committee some information as to how you come up with a fiscal capacity for Ontario that is 90% of the fiscal capacity for Newfoundland. This is a new order of the economic powers of the provinces in Canada that I am not familiar with.

Mr. Norton: Perhaps I might just make a passing response to your comment with regard to what you felt were inconsistencies in the presentation. On the face of it, the Bill is principally a fiscal arrangements bill. However, there are some provisions in it that are difficult to interpret in terms of what their ultimate impact might be.

For example, with respect to the question of accessibility and the possibility of penalties attached thereto without any specific definition, one of the concerns that we have, and that might be addressed in regulation but then regulation cannot change—I do not know what the regulations are going to end up being yet... For example, in the establishment of a comprehensive system across the Province of Ontario, if there should be an area in which it would appear to make good sense from the point of view of managing a health care system to provide jet ambulance service as opposed to trying to provide a comprehensive range of services of specialties in a given community, we would like to have that option. But there is some concern that the interpretation of accessibility, if the full impact of this legislation were ever exercised unless challenged, could end up being an effort on the part of the federal government to in fact shape the specific design and development of the health care system within each individual province.

[Traduction]

Le président: Merci, docteur Halliday. Docteur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Je me demande si le ministre pourrait éclaircir un point ou deux pour moi. Le mémoire précise tout d'abord que ce nouveau projet de loi porte surtout sur la surfacturation et la péréquation. Ensuite, on y dit que c'est fondamentalement là la compétence du gouvernement fédéral; c'est-à-dire le financement et les normes d'envergure nationale.

Dans le même mémoire, vous nous condamnez parce que nous allons trop loin et que nous débordons des domaines des transferts financiers et des normes nationales pour nous occuper des programmes de santé et de la prestation de soins et, dans le même mémoire, vous nous condamnez parce que nous ne répondons pas aux problèmes qui voient le jour dans le système de soins de santé aujourd'hui. Je crois donc que nous, en notre qualité de Comité, avons certainement besoin d'éclaircissement et voulons savoir ce qui est de compétence fédérale, à votre avis, dans le domaine des soins de la santé pour ce qui est des services de santé et des programmes de santé.

Bon, c'était un commentaire.

J'ai trouvé très intéressant votre tableau concernant les capacités financières dans la partie intitulée *Some Facts and Figures*. Je me demande si vous pourriez donner au Comité certaines renseignements quant à savoir comment vous en arrivez à une capacité financière, pour l'Ontario, qui est 90 p. 100 seulement des possibilités financières de Terre-Neuve. C'est un nouvel ordre des pouvoirs économiques provinciaux au Canada que je ne connais pas.

M. Norton: Peut-être pourrais-je relever au passage ce que vous avez dit concernant les illogismes de présentation. À première vue, le projet de loi porte principalement sur les accords fiscaux. Cependant, il y a là certaines dispositions qui sont difficiles à interpréter lorsqu'on essaie de savoir quelles pourraient être les répercussions ultimes.

Par exemple, pour ce qui est de la question de l'accessibilité et de la possibilité de pénalisation y rattachée sans aucune définition précise, une de nos préoccupations, et on pourrait peut-être y répondre grâce à la réglementation, mais alors la réglementation ne peut pas changer... Je ne sais pas encore quels seront les règlements y afférents... Par exemple, parce qu'il s'agit d'établir un système global pour toute la province d'Ontario, s'il devait y avoir une région où il semblerait très sensé, du point de vue de la gestion de système de soins de santé, de fournir un service ambulancier par porteur réacté, par opposition à essayer de fournir une gamme générale de services spécialisés pour une communauté donnée, nous voudrions pouvoir faire ce choix. Cependant, lorsqu'il s'agit d'interpréter ce qui signifie l'accessibilité, nous nous demandons si les répercussions entières de cette loi étaient réalisées sans jamais que soit contesté, nous nous demandons, dis-je, si cela ne serait pas un effort de la part du gouvernement fédéral pour, en vérité, essayer de dicter la conception précise et l'expansion du système de soins de la santé à l'intérieur de chaque province.

[Text]

• 2130

Mr. Lang: But you give us some examples of challenges that are facing the health care system outside of funding for which you are chiding us for not addressing. Are you talking about chronic health care? Are you talking about treatment of mental health patients, mental health care?

Mr. Norton: There are many of them in areas of specific service. For example, if the federal government wants to jointly, with the provinces, address issues such as increased services for the elderly and recognizing the evolving situation with . . .

Mr. Lang: But on page 3 of your background you say "Ontario opposes federal involvement in the delivery of services".

The Chairman: Order, please, Dr. Lang.

Mr. Norton: I am sorry, I did not say jointly delivering services. If I did, I did not mean to. I would like to see, in the definition of the scope of service in this legislation, some broadening that reflects alternative modes of delivery of service. Then, after that has been changed, it could also be reflected in the funding that would be available to assist in the transition to provinces. I would welcome that. They do not determine what the specific design of the system would be in a given province, but they recognize and reflect in the legislation, and in the definitions of the scope of insured service and funding, the reality that faces us today.

For example, mental health in the Province of Ontario is essentially funded by the province out of 100% provincially-raised revenues. That includes our psychiatric hospital system . . .

Mr. Lang: You are back at funding. We were talking beyond funding, where you were chiding us for . . .

The Chairman: Order.

Mr. Norton: When you get into providing services without any federal financial support—it is hard to talk about services without talking about funding.

Mr. Lang: That is what you were chiding us for—going beyond funding into services. It is your brief that is doing the chiding.

Mr. Norton: I respect what you are trying to do, but perhaps you should just back up a little and think for a moment of what the logic of that is. First of all, the concern that I had with respect to getting into areas in which the federal government did not have jurisdiction—the penalties, impact, and the design that it would appear to impact upon specific management decisions within the health care system, as opposed to the former principles of things like accessibility and universality and so on. We are now, as a result of this legislation, getting into specific areas of management and revenue-raising methods by the provinces. For us, they are not major revenue-raising techniques. Nevertheless, it represents an encroach-

[Translation]

M. Lang: Mais vous nous donnez des exemples d'autres problèmes inhérents au régime de santé qui n'ont rien à voir avec le financement et que vous nous blâmez de ne pas aborder. Parlez-vous des soins destinés aux malades chroniques? Du traitement des patients atteints de maladie mentale?

M. Norton: Il y a de nombreux problèmes reliés à des services précis. Par exemple, si le gouvernement fédéral veut discuter avec les provinces de questions comme les services aux personnes âgées, compte tenu de l'évolution de la situation . . .

M. Lang: Mais à la page 3 de votre document de travail, vous dites que l'Ontario s'oppose à l'intervention du gouvernement fédéral dans la prestation de services.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît, monsieur Lang.

M. Norton: Je m'excuse, mais je n'ai pas parlé de prestation conjointe de services. Si j'en ai parlé, ce n'est pas ce que je voulais dire. J'aimerais que la définition de la portée des services énoncés dans la loi soit élargie quelque peu pour refléter différentes façons de fournir les services. Ensuite, une fois que ce changement aura été apporté, cela pourrait se refléter dans les modalités de financement pour aider les provinces à effectuer la transition. Je serais d'accord avec cela. On ne dit pas en quoi consisterait exactement le système dans une province donnée, mais on reconnaît certaines choses, et cela se reflète dans la loi, et dans les définitions de l'éventail des services assurés et des modalités de financement qui s'y rattachent.

Par exemple, les services de soins pour malades mentaux en Ontario sont financés essentiellement par la province à même ses revenus. Cela comprend notre système d'hôpitaux psychiatriques . . .

M. Lang: Vous revenez sur la question du financement. Nous parlions d'autre chose que vous nous blâmez de ne pas avoir abordé . . .

Le président: À l'ordre.

M. Norton: Quand on parle de fournir des services sans l'appui financier du gouvernement fédéral, il est difficile de ne pas parler de financement.

M. Lang: Mais c'est vous qui nous critiquez là-dessus, qui nous demandiez d'aller plus loin que le financement de services. C'est la critique qui ressort de votre mémoire.

M. Norton: Je comprends ce que vous essayez de faire, mais il faudrait peut-être revenir là-dessus et analyser la logique derrière tout cela. Premièrement, j'ai soulevé le problème de l'intervention du gouvernement fédéral dans un domaine qui ne relève pas de sa compétence: les sanctions, leur impact, le fait qu'elles portent sur des décisions de gestion bien précises du régime de santé, par opposition aux anciens principes d'accessibilité et d'universalité du système et ainsi de suite. Avec cette loi, nous entrons dans des domaines bien particulier de gestion et des modalités de financement de la part des provinces. Pour nous, il ne s'agit pas de techniques de financement très importantes. Néanmoins, cela constitue une

[Texte]

ment into an area of responsibility that is not a federal responsibility.

The Chairman: This is your last question, Dr. Lang.

Mr. Lang: Okay. On page 8 of your background paper . . .

Mr. Norton: Oh, I am sorry. I did not address the second part of your question, and I think it was important.

Mr. Lang: I have one more question, so maybe you can finish it with your answer to this question. On page 8 of your background paper you say:

Ontario has expressed concern with the provisions of the Act related to reasonable compensation to physicians and adequate funding to hospitals.

Now, why is Ontario concerned with reasonable compensation to physicians? It is in their background paper. And why is Ontario concerned with adequate funding to hospitals?

Mr. Norton: We are not opposed to reasonable compensation. We simply, by stating that, suggest that it ought not to be part of the federal legislation. That is surely a matter to be determined between the government, agencies and individuals involved in the provision of care—the physicians or the hospitals or whomever it may be. What is the point of having that in federal legislation unless it is the intent of the federal government to become an arbiter? Surely to goodness, we would not sit down and negotiate what we truly believe to be an unreasonable level of remuneration. The provinces, you know, are actually a level of responsible government in this country, we do have the capacity to make reasonable decisions.

• 2135

Mr. Lang: Mr. Minister, there is a fair bit of lobbying and pressure being put on to remove that wording from the Bill—that is the reason why I bring it up—there are objections to the wording on reasonable compensation to physicians and adequate funding to hospitals. That the reason why . . .

Mr. Norton: Did you say there is pressure to remove that or to . . . ?

Mr. Lang: To change that wording.

Mr. Norton: Sure, and we would support removing that wording, because we think it is unconstitutional.

Mr. Lang: One final question.

The Chairman: I am sorry, Dr. Lang.

I am informed that the Minister has an early speaking engagement tomorrow morning and I have Mr. Lachance for perhaps one question in the first round. Mr. Blaikie, Mr. Epp and Dr. Halliday have asked for time in the second round. I guess, Mr. Minister, we are in your hands. If you would give us 10 more minutes, we could perhaps get through on one question each, if that is satisfactory.

[Traduction]

intervention du gouvernement fédéral dans un domaine qui ne relève pas de sa compétence.

Le président: Votre dernière question, monsieur Lang.

M. Lang: Très bien. À la page 8 de votre document de travail . . .

M. Norton: Oh, excusez-moi. Je n'ai pas répondu à la deuxième partie de votre question, et je pense qu'elle était importante.

M. Lang: J'ai une autre question, vous pourrez peut-être y répondre en même temps. À la page 8 de votre document de travail, vous dites:

L'Ontario a exprimé certaines préoccupations à l'égard des dispositions de la loi portant sur la rémunération raisonnable des médecins et le financement adéquat des hôpitaux.

Pourquoi l'Ontario se préoccupe-t-elle de la rémunération raisonnable des médecins? C'est ce qu'on retrouve dans le document de travail. Et pourquoi l'Ontario se préoccupe-t-elle du financement adéquat des hôpitaux?

M. Norton: Nous ne sommes pas contre une rémunération raisonnable. Tout ce que nous disons, c'est que cela ne devrait pas faire partie de la loi fédérale. C'est une question qui devrait se négocier entre le gouvernement et les organismes et particuliers chargés de la prestation de services, c'est-à-dire les médecins ou les hôpitaux ou qui que ce soit. À quoi bon inclure cela dans une loi fédérale si le gouvernement fédéral n'a pas l'intention de jouer un rôle d'arbitre? Nous n'essaierions certainement pas de négocier un niveau déraisonnable de rémunération. Comme vous le savez, les provinces constituent un palier du gouvernement de ce pays et nous avons la capacité de prendre des décisions raisonnables.

M. Lang: Monsieur le ministre, on exerce certaines pressions pour faire supprimer cette partie du projet, c'est pour cette raison que je soulève la question ici, certains s'opposent au libellé en ce qui concerne la rémunération raisonnable des médecins et le financement adéquat des hôpitaux. C'est pour cette raison que . . .

M. Norton: Avez-vous dit qu'il y a des pressions pour faire supprimer cette partie ou . . .

M. Lang: Pour faire changer le libellé.

M. Norton: Certainement, et nous serions d'accord avec la suppression de cette partie car nous sommes d'avis qu'elle ne respecte pas la Constitution.

M. Lang: Une dernière question.

Le président: Je suis désolé, M. Lang.

On me dit que le ministre doit prononcer une allocution tôt demain matin et M. Lachance est inscrit pour peut-être une question lors du premier tour. M. Blaikie, M. Epp et M. Halliday ont demandé un deuxième tour. Nous sommes à votre disposition, monsieur le ministre. Si vous nous accordiez 10 minutes de plus, chacun aurait sans doute le temps de poser une question, si cela vous est acceptable.

[Text]

Mr. Norton: That is fine.

The Chairman: But whatever you say.

Mr. Lachance: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: I have asked a question, first of all.

Mr. Norton: Ten minutes would not be a problem. I will probably be getting back after midnight and I do have a very early speaking engagement at a breakfast meeting tomorrow morning. That is my only concern.

The Chairman: Thank you very much. I recognize you, Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I do not want to be rude, Mr. Chairman, but on the first round I think I am entitled to the same time as the others before the second round. That is only fair. I am a good member of this committee.

The Chairman: Mr. Lachance, I think, as chairman, I am going to have to let you have one question right now.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, I do not accept that. I am not asking any question. I am entitled to the same time as any other member here. If there is to be a second round, it should be after I have my time in this committee. I am sorry.

The Chairman: All right. I will go to Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I would like to ask questions, but I must admit I have some difficulty in asking questions, not of the Minister, I have those ready, but in the sense of my colleague's not getting his full time, as I did.

The Chairman: Mr. Epp, do you want to give up your time?

Mr. Epp: I will yield my time to Mr. Lachance.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Epp. Thank you, Mr. Chairman. I will be very short.

J'aimerais d'abord féliciter M. Norton pour sa présentation bilingue de ce soir. On n'en attendait pas moins de l'Ontario.

Is it fair to say that block funding vested, in 1977, all responsibility in terms of the planning and the allocation of resources in the provinces as long as they respected the five conditions in the 1958 Act?

Mr. Norton: I am sorry, what did you say?

Mr. Lachance: The block funding vested all responsibility in the allocation of resources in the provinces in deciding their own priorities. That was the intent of it. That is block funding. Do you agree with that?

Mr. Norton: I presume that was part of the . . .

[Translation]

M. Norton: Volontiers.

Le président: Mais c'est comme vous voudrez.

M. Lachance: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: J'ai posé une question, tout d'abord.

M. Norton: Je n'aurai pas de difficulté à vous accorder 10 minutes. Je serai probablement de retour après minuit et je dois prononcer une allocution lors d'un déjeuner-causerie demain matin.

Le président: Merci beaucoup. Je vous donne la parole, monsieur Lachance.

M. Lachance: Je ne veux pas être désagréable, monsieur le président, mais je crois que j'ai droit au même temps de parole que les autres pour le premier tour avant que commence le deuxième tour. Ce n'est que juste. Je suis un bon membre de ce Comité.

Le président: Monsieur Lachance, en tant que président je crois que je vais vous donner le temps de poser une question maintenant.

M. Lachance: Monsieur le président, je n'accepte pas cela. Je ne pose aucune question. J'ai le droit d'avoir le même temps de parole que tous les autres membres du Comité. S'il va y avoir un deuxième tour, il aura lieu après mon temps de parole. Je suis désolé.

Le président: Très bien. Je vais donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Monsieur le président, j'aimerais poser des questions, mais j'hésiterais à le faire étant donné que mon collègue n'a pas eu son temps de parole, comme moi.

Le président: Monsieur Epp, voulez-vous renoncer à votre tour?

M. Epp: Je vais céder mon tour à M. Lachance.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur Epp. Merci, monsieur le président. Je serai très bref.

First of all I would like to congratulate Mr. Norton for his bilingual presentation this evening. Ontario has lived up to our expectations.

Est-ce exact de dire que l'arrangement de financement global conclu en 1977 a accordé aux provinces toute la responsabilité en matière de planification et d'allocation des ressources pourvu que soient respectées les cinq conditions précisées dans la loi de 1958?

M. Norton: Excusez-moi, je ne vous ai pas bien entendu.

M. Lachance: Le financement global a donné aux provinces toute la responsabilité en matière de l'allocation des ressources en fonction de leurs priorités. C'était cela l'intention du financement global. Êtes-vous d'accord avec cela?

M. Norton: Je suppose que c'était une partie de . . .

[Texte]

Mr. Lachance: Bill C-3, in Clause 2, lists the insured services in hospitals. That is essentially the same list as the 1958 one. There is no disagreement on that either, I guess.

Mr. Norton: The 1958 list?

Mr. Lachance: Yes. You have some agreement with the federal government, because the 1958 Act said that agreements had to be signed. What is the purpose of the agreement that you have signed with the federal government? Is it a purely legal framework for the implementation of health care in the province, or is it something more substantial than that, in your mind?

Mr. Norton: I am sorry, which . . . ?

Mr. Lachance: The agreement under which you are operating, presumably.

Mr. Norton: I am not sure what you are getting at, but as far as I am aware, the agreement to which you refer provides a legal framework within which the provinces . . .

Mr. Lachance: And it does refer to those conditions in the 1958 Act and the fact that the province has to abide by those conditions in the 1958 Act, so that the money has to be dispersed. Is that true?

Mr. Norton: Which conditions are you referring to?

Mr. Lachance: The agreement itself refers to that, I suppose—the list of the insured services and the five conditions. I guess the agreement refers to that.

• 2140

Mr. Norton: I think if you are asking whether there was an agreement that certain services were to be ensured, the answer is yes, they were to be regarded as insured services.

Mr. Lachance: Okay, my question—and you said yourself you did not know where it was leading. Now I am at my main question.

Inasmuch as there are proper consultation mechanisms in the Bill, and the fact that excluded services should be—and they are not now, I know—but should be assorted to the previous approval of the provinces—I am talking about the regulations—assuming that, and assuming the fact that the block funding system in 1977 vested all responsibilities in the allocation of resources to the provinces, do you see the fact that Bill C-3 does not provide any more for those agreements to be signed—do you see that as an essential change to the system as it exists now?

Mr. Norton: I think it is an important one, in that—you see, what I would prefer to see if the federal government wants to address some specific concerns that they have about revenue-raising techniques on the part of the provinces is that they take a bilateral approach and negotiate, if you wish, an agreement with individual provinces on dealing with those specific issues, not that they attempt to draft a piece of legislation under the title of “Canada Health Act”, which would in fact result in penalizing all the provinces, whether they were in fact

[Traduction]

M. Lachance: L'article 2 du projet de loi C-3 énumère les services assurés dans les hôpitaux. Il s'agit essentiellement de la même liste que dans la loi de 1958. Vous n'êtes pas en désaccord avec cela non plus, je suppose.

M. Norton: La liste de 1958?

M. Lachance: Oui. Vous avez un accord avec le gouvernement fédéral car la loi de 1958 stipulait qu'il devait y avoir un accord. Quel est le but de l'accord que vous avez signé avec le gouvernement fédéral? S'agit-il d'un cadre purement juridique pour la prestation de soins de santé dans la province ou est-ce qu'il va encore plus loin, d'après vous?

M. Norton: Je m'excuse, quel . . .

M. Lachance: L'accord conformément auquel votre régime fonctionne, je suppose.

M. Norton: Je ne sais pas au juste où vous voulez en venir mais à ma connaissance, l'accord dont vous parlez crée un cadre juridique dans lequel les provinces . . .

M. Lachance: Et il précise les conditions énoncées dans la loi de 1958 et le fait que les provinces doivent s'y conformer pour que les fonds soient transférés, n'est-ce-pas?

M. Norton: De quelles conditions parlez-vous?

M. Lachance: Elles se trouvent dans l'accord lui-même, je suppose . . . Je parle des services d'assurés et des cinq conditions. Je pense que l'accord les mentionne.

M. Norton: Si vous demandez s'il y avait un accord selon lequel certains services devaient être assurés, je vous réponds que oui, c'était effectivement le cas.

M. Lachance: Eh bien, voici ma question . . . vous avez dit vous-même que vous ne saviez pas où je voulais en venir. J'arrive maintenant à ma question.

Puisqu'il y a des mécanismes de consultation prévus dans le projet de loi et puisque les services exclus devraient être . . . et ce n'est pas le cas maintenant, je le sais . . . mais devraient être assujettis à l'approbation préalable des provinces, je parle ici des règlements, et en supposant que le système de financement global de 1977 accordait aux provinces toutes les responsabilités en matière de l'allocation des ressources, pensez-vous que le fait que le projet de loi C-3 ne prévoit plus la signature de ces accords constitue une modification fondamentale du système dans sa forme actuelle?

M. Norton: Je crois que c'est un changement important. Je préférerais que le gouvernement fédéral adopte une approche bilatérale et entame des négociations s'il s'inquiète de certaines techniques utilisées par les provinces pour obtenir des revenus. Il pourrait conclure une entente avec les provinces individuellement sur ces questions précises plutôt que de rédiger un projet de loi général du genre Loi canadienne sur la santé qui aurait pour effet de pénaliser toutes les provinces qu'elles soient coupables ou non du genre de pratique que le gouvernement fédéral trouve répréhensible.

[Text]

committing an infraction or not in precipitating the kind of concern the federal government has expressed.

Mr. Lachance: Of course the fact that you did not raise this problem in your brief—can we infer from that that that was not the essential part of your presentation and your main problem with the proposed Canada Health Act?

Mr. Norton: No, what I have just said has been something which has been expressed to your federal Minister as an alternative approach by Ontario, but it is not one that has been heard or responded to.

Mr. Lachance: Thank you very much, Mr. Minister; and I thank Mr. Epp again for giving up his time.

The Chairman: Thank you.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just a brief comment, which the Minister can either respond to or not. I cannot resist having a word about Dr. Halliday's comment about the clergy. It seemed to me that for us more than anyone else, or at least as much as anyone else, it ought to be appropriate to comment on medicare, seeing as we so often have to deal with people whose experience with medicare is finished.

Mr. Epp: But is it insured?

Mr. Blaikie: I think there is a place for the de-mystification of all traditional professions. Neither us of have been around as long as certain other older professions, Doctor, but I accept that remark, and we are humble as a group and realize that we have all sinned and fallen short of the glory and blood.

About the argument about the revenue guarantee—and I have tried to point this out on a number of occasions—really what we have is no one can really know what is going on, because you would have had to have been in the room in 1977 to know which lie is more primary than the other: either the provincial lie, which the federal government then adopted, or the federal lie, which the provincial governments then adopted in the fall of 1981. So we do not want to judge, or it is impossible to judge, who is really not telling the truth, except that there is this irony. I think everyone has to make a judgment as to whether or not they think the revenue guarantee money ought to be regarded . . . not because a provincial government or any other level of government says it should be—but it ought to be regarded on its merits as money allocated for health care and post-secondary education.

In that respect, I subscribe to the view that it ought always to have been allocated, not just when the provincial governments decided that it should be; it was from the very beginning included in EPF; and that is why it was wrong for the federal government to cut it.

• 2145

Now, with respect to co-operation, I agree with you that the best of all possible worlds would be if everyone in the health care sector could sit down together and co-operate, have consensus, work together and do all the nice things you have

[Translation]

M. Lachance: Vous n'avez pas soulevé cette question dans votre mémoire. Pouvons-nous en déduire que ce n'est pas un aspect essentiel de votre exposé et que ce n'est pas la difficulté principale que vous pose la Loi canadienne sur la santé?

M. Norton: Non, ce que je viens de dire a été proposé par l'Ontario à votre ministre fédéral comme une autre façon d'aborder la question mais nous n'avons pas encore obtenu de réponse.

M. Lachance: Je vous remercie, monsieur le ministre et je remercie M. Epp de m'avoir donné son temps.

Le président: Merci.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, tout d'abord un court commentaire auquel le ministre pourra répondre ou non. Je ne peux pas m'empêcher de répondre à l'observation de M. Halliday concernant les membres du clergé. Je trouve qu'il nous incombe autant sinon plus que n'importe qui de donner nos opinions sur le régime d'assurance-santé puisque nous sommes si souvent obligés de nous occuper des personnes qui n'ont plus rien à attendre de l'assurance médicale, étant arrivé à la fin de leur parcours.

M. Epp: Mais vos services sont-ils assurés?

M. Blaikie: Je crois qu'il est utile de démythifier toutes les professions traditionnelles. Ni l'une ni l'autre de leurs professions, docteur, n'existe plus depuis aussi longtemps que le plus vieux métier mais j'accepte votre observation mais nous reconnaissons nos défauts et nos péchés en toute humilité.

Quant à l'argument concernant la garantie de revenu, comme j'ai déjà dit à plusieurs reprises, personne ne peut trancher cette question puisqu'il aurait fallu assister aux négociations en 1977 pour savoir lequel des deux mensonges est le plus fondamental, c'est-à-dire le mensonge provincial, que le gouvernement fédéral a fini par adopter, ou le mensonge fédéral que les gouvernements provinciaux ont ensuite adopté en l'automne de 1981. Il nous est donc impossible de savoir qui dit la vérité. Mais je crois que tout le monde doit décider si ce revenu garanti doit être considéré, non pas parce qu'un gouvernement provincial ou un autre le prétend, mais devrait être considéré comme de l'argent réservé aux soins de santé et à l'éducation postsecondaire.

A cet égard, j'estime que cet argent aurait dû y être affecté depuis toujours, non seulement quand les gouvernements provinciaux l'ont décidé; dès le départ il était compris dans le financement des programmes établis et c'est pour cette raison qu'il était inacceptable que le gouvernement fédéral l'enlève.

Maintenant, en ce qui concerne la coopération, je suis d'accord avec vous pour dire que l'idéal serait de demander à tout ceux qui participent au secteur de la santé de collaborer, de parvenir à un consensus, de travailler ensemble et de faire

[Texte]

recommended. But the fact of the matter is that life is not always like that. Medicare came about in the first place not as a result of co-operation, etc., but because of the combination of the federal spending power and public opinion in Ontario. Otherwise, medicare would never have come into being in Ontario, and that is an established political fact. It was the combination of the federal spending power and political opinion, not co-operation and consensus and stuff like that, which brought Ontario into medicare.

The same is true here. If there is a philosophical commitment on the part of governments like Ontario to continue to allow extra-billing, for instance, no amount of co-operation and consultation could overcome that. At some point, a political judgment has to be made, and indeed, a political struggle comes to be. If there is a Bill passed to that effect, it seems to me it is incumbent upon people who are involved in the health care field to subscribe to the will of the community as it is expressed through the political process. That is what we will have if we have the proposed Canada Health Act passed: three-party agreement, a unanimous statement by the House of Commons of Canada that we regard extra-billing and user fees as against the spirit of medicare.

Now, with respect to the argument you raised in favour of extra-billing, I appreciate that you have been listening to the doctors and listening to them well. Those are arguments they have made: professional freedom and patient participation. But I think you should update your consultation with the doctors, because last week when they came before this committee, they officially abandoned all those arguments for extra-billing and said that the final and only justification for extra-billing was that it was an economic tool which they needed to bargain with provincial governments. They stripped it of all its therapeutic and professional gloss and they came right down to brass tacks, that in the final analysis it was an economic tool.

I appreciate that you have accepted those arguments, but I am telling you the medical associations themselves no longer subscribe to those views. So maybe that gives all of us the opportunity to sit down and start talking about extra-billing for what it really is, an economic phenomenon and not a professional one.

Mr. Norton: Mr. Chairman, I hesitate to say this, but oh ye of little faith . . . I must say I thought I had at times developed jaded views of mankind as a result of my day-to-day experience, but you make me look like an optimist and a very, very positive individual, which I have not always thought I was.

You make reference to the fact that somehow you feel medicare would never have existed in Ontario if it had not been for certain actions taken by the . . . That is probably true in terms of the specific forum. I think one should never lose sight of the fact that most, if not all, provinces had a health insurance scheme in place before the federal government took the initiative that was taken during the 1960s, a system that

[Traduction]

tout ce que vous avez recommandé. Mais, malheureusement, dans la vie, les choses ne se passent pas toujours comme cela. D'ailleurs, l'assurance-santé n'était pas tellement le résultat de la coopération, etc., mais plutôt du pouvoir de dépenser du fédéral et de l'opinion publique en Ontario. Autrement, l'assurance-santé n'aurait jamais vu le jour en Ontario, et c'est un fait avéré. C'était une combinaison de pouvoir de dépense du fédéral et d'une attitude politique, non pas la coopération et tout cela qui a amené l'Ontario à participer au système d'assurance-santé.

Il en est de même ici. Si les gouvernements, comme l'Ontario, s'engagent sur le plan philosophique à continuer de permettre la surfacturation, par exemple, la coopération et la consultation ne changeront jamais rien à cela. À un moment donné, il faut faire des choix politiques, ce qui entraîne des luttes politiques. Si on adopte une loi à cette fin, il me semble qu'il incombe à ceux qui participent aux activités du secteur sanitaire d'accepter la volonté de la communauté, telle qu'elle a été exprimée par l'entremise des députés. Et c'est justement ce qui va arriver si la Loi canadienne sur la santé est adoptée: à savoir, l'accord unanime des trois partis représentés à la Chambre des communes du Canada pour éliminer la surfacturation et les frais modérateurs qui vont à l'encontre de l'esprit même de l'assurance-santé.

Maintenant, pour ce qui est des arguments que vous avez présentés en faveur de la surfacturation, je vois que vous avez bien écouté les médecins pour présenter de tels arguments. Ce sont justement les arguments qu'ils ont présentés eux-mêmes: la liberté professionnelle et la participation des malades. Mais je pense que vous devriez consulter de nouveau les médecins car la semaine dernière, lorsqu'ils ont comparu devant ce Comité, ils ont abandonné officiellement tous ces arguments en faveur de la surfacturation en admettant que la seule et l'ultime justification de la surfacturation était son utilité en tant qu'outil économique pour négocier avec les gouvernements provinciaux. Ils ont cessé de parler de professionnalisme et tout le reste et s'en sont tenus à l'essentiel, à savoir qu'en dernière analyse, c'est un outil économique.

Je comprends que vous avez accepté leurs arguments, mais je vous dis que les associations médicales elles-mêmes n'acceptent plus ces arguments. Donc, c'est peut-être maintenant l'occasion rêvée de commencer à parler de ce qu'est la surfacturation vraiment, c'est-à-dire un phénomène économique plutôt que professionnel.

M. Norton: Monsieur le président, j'hésite à le dire, mais il y en a ici qui ont très peu confiance . . . Je croyais avoir adopté des opinions assez négatives de l'homme par suite de mes expériences de tous les jours, mais à côté de vous, j'ai l'air d'un optimiste qui a une vue très positive du monde, même si je ne croyais pas l'être.

Vous dites que selon vous, le système d'assurance-santé n'aurait jamais pu exister en Ontario faute de certaines mesures prises par . . . C'est probablement vrai jusqu'à un certain point. Je pense qu'on ne doit pas oublier que la plupart des provinces, sinon toutes, avaient déjà un régime d'assurance-santé avant que le gouvernement fédéral ne prenne l'initiative qu'il a prise pendant les années 60. En fait, je

[Text]

was evolving. In fact, I suppose the actions of the federal government of the time resulted in a pulling together of those systems, obviously with more direct involvement on the part of the government and a public administration of the plans, making provisions for portability and so on to try to develop what the provinces had already begun into a national scheme. So I am not sure one can fairly sit back and throw stones at any province with respect to their intent.

There have been in the past, and I suppose there will continue to be, some different perspectives upon the best way to approach ensuring the accessibility to service and so on. But I would have hoped someone from your profession—and I do not want to get into a profession-barbing exercise here.

• 2150

But someone from your profession would have accepted the fact that some charity in recognizing that would not necessarily be misplaced. There may be differences of opinion, but it does not mean we are all good guys or bad guys.

With respect to your comment on the view of Parliament on extra-billing, I just think what you have said is one of the things that has caused some considerable concern, which has been perhaps more vocally expressed by others than by me, with respect to the question as to whether in fact it is constitutional for Parliament to embark upon the specific purpose you have indicated. I mean, you may have just made an argument that has played into the hands of those who are arguing most vociferously that it is unconstitutional. If in fact that was the intent, then it seems to me quite clear that is an Act that may well be *ultra vires* of the Parliament of Canada.

Mr. Blaikie: We will see.

Mr. Norton: I am not a constitutional expert, but I have had some advice. With regard to physicians and the arguments that you have heard, I am not basing my view entirely upon arguments I have heard, and I am not arguing that extra-billing is something I would cite as an end in itself. I am simply saying that there are sincere people who are health care professionals, in this instance physicians, whose views ought not to be dismissed out of hand because one does not agree with them. I think the continued survival of a humane society depends upon a degree of sensitivity and humanitarianism upon the part of each of us with respect to sincerely held convictions of others, even if we do not agree.

The views that may have been expressed before this committee by whomever, that is fine. I recognize that if I go into negotiations with the physicians in a year or two I am not playing a game of tiddly-winks. But by the same token, that does not mean that I regard physicians as people whose views should be ignored. Nor do I think nurses' views should be ignored, or physiotherapists or anyone else. I just think we have to respond to something as important as the health care system in this country with a degree of sensitivity to the views that are being expressed on a whole range of issues by those people who are on the front line.

[Translation]

suppose que le gouvernement fédéral a réussi, grâce à ces mesures, à regrouper ces systèmes en y ajoutant une participation plus directe de la part du gouvernement en imposant une administration publique des régimes et en précisant certaines conditions au sujet de la transférabilité, etc. pour faire des régimes provinciaux un régime national. Donc, je ne sais pas s'il est juste de critiquer l'intention de ma province.

Différentes méthodes d'approche existaient par le passé, et continueront d'exister, je suppose, quant à la meilleure façon de garantir l'accessibilité aux services de santé, etc. Mais j'aurais espéré que quelqu'un de votre profession—et je ne voudrais pas qu'on se mette à critiquer nos différentes professions...

Mais votre profession, pourrait accepter qu'il faut être un peu charitable à l'endroit de ceux dont on ne partage pas l'avis. Même si les avis sont différents, cela ne veut pas dire que certains sont toujours bons et d'autres, toujours mauvais.

Quant à vos observations sur l'opinion du Parlement au sujet de la surfacturation, je crois que ce que vous avez dit est justement l'une des choses qui a tant préoccupé les gens—une préoccupation qui a peut-être été formulée de façon plus explicite par d'autres que moi-même—quant à savoir si le Parlement a le droit constitutionnel de se fixer l'objectif précis que vous avez indiqué. Il est possible que vous venez de présenter un argument qui milite en faveur de ceux qui prétendent que le Canada n'a justement pas ce droit constitutionnel. Si c'était votre intention, eh bien, il me semble qu'il n'y a pas de doute que cette loi dépasse la compétence constitutionnelle du Parlement du Canada.

M. Blaikie: Nous verrons.

M. Norton: Je ne suis pas un spécialiste constitutionnel, mais j'ai déjà obtenu les conseils de ceux qui le sont. Quant aux médecins et les arguments qu'on vous a présentés, mon point de vue n'est pas fondé uniquement sur les arguments qu'on m'a fait valoir et je ne prétends pas que la surfacturation soit souhaitable. Je prétends tout simplement qu'il y a des professionnels de la santé, en l'occurrence, des médecins, très sincères dont il ne faudrait pas rejeter automatiquement le point de vue tout simplement parce qu'on n'est pas d'accord avec eux. Justement la survie de notre société humaine dépend du degré de sensibilité et d'humanitarisme que chacun d'entre nous peut montrer à l'égard des autres, même si nous ne partageons pas leurs points de vue.

Je sais que le Comité a entendu des points de vue différents et c'est très bien. Je sais que si je dois négocier avec les médecins dans un an ou deux, ce ne sera pas un jeu facile. Par contre, cela ne veut pas dire que d'après moi, il faudrait ignorer les vues des médecins—pas plus qu'il ne faut ignorer le point de vue des infirmières ou des physiothérapeutes ou de qui que ce soit. Face à un système de soins de santé aussi important que le nôtre, il me semble que nous devons faire preuve de sensibilité à l'endroit de ceux qui travaillent dans le domaine en question, même si nous ne partageons pas toujours leurs opinions.

[Texte]

In our positions as elected officials in Parliament, whether it is provincial or federal, I think I have to admit that at times we are somewhat insulated from what is going on in the front line. There is a whole spectrum of views among the professionals, and I think we ought to be listening attentively to all of them and trying to arrive at a position that best reflects the interests of the Canadian public.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. McCauley: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. McCauley.

Mr. McCauley: I would just like to point out that the Minister just preached a sermon.

Mr. Norton: I was just preaching for the call.

The Chairman: Dr. Halliday, even though you are not a minister, perhaps you can take the final . . .

Mr. Halliday: Mr. Chairman, my two colleagues here, Miss MacDonald and Mr. Epp, and I are cognizant of the health stresses the Minister has been under in the last few months; they are not to be ignored, I think. As a caring family physician from Ontario, I want the Minister to know that our profession does care about even our provincial politicians.

An Hon. Member: Why are you keeping him here?

Mr. Halliday: I think the three of us have decided it would be better for him to go home and get an adequate amount of sleep tonight than to answer our remaining questions.

Mr. Lachance: Mind you, we also need our sleep.

The Chairman: Thank you very much, doctor. Mr. Minister, we do very much appreciate your coming up here with your delegation tonight. Thank you again.

Mr. Norton: Thank you very much.

Mr. Breau: Mr. Chairman, before you adjourn, could you give us the program for tomorrow morning again?

The Chairman: We adjourn until 9.30 a.m. tomorrow.

Mr. Breau: Until 9.30 a.m.—and who is on?

The Chairman: Dr. David Simmington of Kingston.

Mr. Breau: And Evans?

The Chairman: And Evans after that.

An Hon. Member: The dental association.

The Chairman: The dental association and the . . .

An Hon. Member: Federal physicians?

The Chairman: Yes.

An Hon. Member: And the three coalitions.

[Traduction]

A titre de députés élus, que ce soit au palier provincial ou fédéral, je dois avouer que parfois nous ne sommes pas toujours au courant de la situation réelle. Il y a toute une gamme d'opinions parmi les professionnels et je crois que nous devrions écouter le point de vue de tous ces professionnels en essayant d'adopter une position qui reflète les intérêts du public canadien dans la mesure du possible.

Le président: Docteur Halliday.

M. McCauley: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur McCauley.

M. McCauley: Je voulais simplement dire que le ministre vient de nous faire un beau sermon.

M. Norton: Mais je sermonais par conviction.

Le président: Docteur Halliday, même si vous n'êtes pas pasteur, peut-être que vous pourriez poser les dernières questions . . .

M. Halliday: Monsieur le président, mes deux collègues, M^{lle} MacDonald et M. Epp, connaissent les pressions que le ministre a dû subir quelques mois; justement, je crois qu'il faut en tenir compte. À titre de médecin de famille de l'Ontario qui s'intéresse aux soucis des autres, j'aimerais que le ministre sache que notre profession prend soin même de nos hommes politiques provinciaux.

Une voix: Pourquoi le gardez-vous ici?

M. Halliday: Je crois que nous trois, nous avons décidé qu'il vaudrait mieux le laisser partir dormir que de le retenir pour répondre à nos questions.

M. Lachance: Remarquez, nous aussi, nous avons besoin de sommeil.

Le président: Merci beaucoup, docteur. Monsieur le ministre, nous vous remercions d'être venu ce soir avec votre délégation. Merci beaucoup.

M. Norton: Merci beaucoup.

M. Breau: Monsieur le président, avant de lever la séance, pourriez-vous nous dire quel sera le programme demain matin?

Le président: Je lève la séance jusqu'à 9h30 demain matin.

M. Breau: Jusqu'à 09h30 demain matin—et qui va comparaître?

Le président: Le Dr Davis Simmington de Kingston.

M. Breau: Et M. Evans?

Le président: M. Evans comparaitra après lui.

Une voix: Et l'Association dentaire.

Le président: Et l'Association dentaire après lui.

Une voix: Et les médecins indépendants?

Le président: Oui, eux aussi.

Une voix: Ainsi que les trois coalitions.

[Text]

The Chairman: The meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

Le président: La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Government of Ontario:

The Honourable Keith Norton, Minister of Health;
Dr. Edward Moran, General Secretary, Ontario Medical
Association.

Du Gouvernement de l'Ontario:

L'honorable Keith Norton, ministre de la Santé;
Dr Edward Moran, Secrétaire général, Association médicale
de l'Ontario.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Thursday, February 23, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le jeudi 23 février 1984

Président: M. David Weatherhead

Gouvernement
Publications

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Jake Epp
Maurice Foster
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Peter Lang
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Thursday, February 23, 1984:

Mr. Foster replaced Mr. Dingwall;

Mr. Lang replaced Miss Campbell (*South West Nova*).

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le jeudi 23 février 1984:

M. Foster remplace M. Dingwall;

M. Lang remplace M^{lle} Campbell (*South West Nova*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, FEBRUARY 23, 1984
(23)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:37 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance and Marceau.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From Queen's University: Dr. David Symington, Professor and Head of the Department of Rehabilitation Medicine. *From the University of Ottawa:* Dr. Germain Boivin, Associate Professor, Rehabilitation Medicine. *From the University of British Columbia:* Professor Robert Evans, Department of Economics. *From the Canadian Dental Association:* Dr. Robert Hicks, President; Dr. Ralph Crawford, President elect; and Dr. William Thompson, Past President. *From the Association of Independent Physicians of Ontario:* Dr. Joan Charbonneau, President; Dr. William Goodman, Vice-President; Dr. John Kindle, member of the Board of Directors; Mr. Gordon Smith, Executive Director; and Dr. Chris Curruthers, Ottawa representative.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 1:39 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 p.m.

AFTERNOON SITTING
(24)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:41 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Halliday, Mrs. Killens and Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Lachance, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Witnesses: From the Alberta Society for the Friends of Medicare: Ms. Nancy Kotani, Coordinator; and Ms. Karin Olson, Assistant Coordinator. *From the Health Coalition of Nova Scotia:* Mr. Patrick Jamieson, Member, Canada Health

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 23 FÉVRIER 1984
(23)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 37, sous la présidence de M. Weatherhead, (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{le} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance et Marceau.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: De l'université Queen's: Dr David Symington, professeur et directeur du département, Médecine de la réhabilitation. *De l'Université d'Ottawa:* Dr Germain Boivin, professeur adjoint, Médecine de la réhabilitation. *De l'université de la Colombie-Britannique:* M. Robert Evans, Département d'économie politique. *De l'Association canadienne des dentistes:* Dr Robert Hicks, président; Dr Ralph Crawford, président élu; Dr William Thompson, président sortant. *De l'«Association of Independent Physicians of Ontario»:* Dr Joan Charbonneau, président; Dr William Goodman, vice-président; Dr John Kindle, membre du Comité de direction; M. Gordon Smith, directeur exécutif; Dr Chris Curruthers, délégué d'Ottawa.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 13 h 39, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI
(24)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 41, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Halliday, M^{me} Killens, MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Lachance, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Témoins: De l'«Alberta Society for the Friends of Medicare»: M^{me} Nancy Kotani, coordonnateur; M^{me} Karin Olson, coordonnateur adjoint. *De la «Health Coalition of Nova Scotia»:* M. Patrick Jamieson, membre, Comité de la Loi

Act Committee. *From the Ontario Health Coalition*: Ms. Michèle Harding, Executive Director; and Ms. Edith Johnston, Member, Board of Directors.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:50 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

canadienne sur la santé. *De l'«Ontario Health Coalition»*: M^{me} Michèle Harding, directeur exécutif, et M^{me} Edith Johnston, membre du Conseil de direction.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 50, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, February 23, 1984

• 0937

The Chairman: Order, please.

We will call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are very pleased to have with us today, as our first witness, Dr. David Symington, of Queen's University.

Doctor, we have a number of witnesses this morning and this afternoon and the clerk informs me that you have to leave around 10.30 a.m. anyway, so we will not go into a long song and dance. We will be very pleased to hear what you have to say and, hopefully, have a bit of time for questioning too.

Dr. David Symington (President, Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation): Thank you very much, Mr. Chairman. I am indeed pleased to be here this morning in my capacity as President of the Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation.

I may first just say a word about that organization. It consists of specialists in physical medicine and rehabilitation, all of whom are medical physicians, licensed to practise medicine in the various provinces of this country. They have undergone four years of post-graduate training, a minimum of four years, before entering this specialty. Their particular objective is to assist disabled and handicapped Canadians to achieve a maximum level of independence and to facilitate their integration into the community.

We would like to express our appreciation for the opportunity to speak to this committee in connection with the proposed Canada Health Act and to have the chance to express our views on problems in relation to the treatment and rehabilitation of individuals with disabilities and handicaps. We would also like to speak about what rehabilitation has to offer and to draw to your attention the high social cost of disabilities and handicaps to this country. We also have some constructive suggestions, which we are glad to have the opportunity to bring before you.

• 0940

Let me begin by addressing three problems which we think are paramount. First, consumer dissatisfaction. I believe you will all be aware of the work of special parliamentary Committee on the Disabled and the Handicapped, and through the work of that committee you will have heard that disabled and handicapped Canadians are extremely dissatisfied with the present system. I think we can sum up their desires and their wishes, very briefly, as a desire to have a greater opportunity

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 23 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Nous allons commencer la réunion du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous reprenons l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous sommes ravis d'avoir avec nous aujourd'hui le docteur David Symington, de l'Université Queen's, qui sera notre premier témoin ce matin.

Monsieur Symington, nous avons plusieurs groupes de témoins à entendre ce matin et cet après-midi, et la greffière m'indique que, de toute façon, vous devez partir autour de 10h30; nous n'aurons donc pas l'occasion de nous renvoyer la balle pendant très longtemps. C'est avec beaucoup de plaisir que nous allons écouter ce que vous avez à nous dire, et j'espère qu'il nous restera suffisamment de temps pour vous poser des questions.

Dr David Symington (Président de l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation): Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis en effet très heureux de comparaître ce matin à titre de président de l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation.

Permettez-moi tout d'abord de vous dire quelques mots sur cet organisme. Il est composé essentiellement de spécialistes en médecine physique et en réadaptation, qui sont tous médecins et autorisés à exercer la médecine dans différentes provinces du Canada. Avant de se consacrer à cette spécialité, ils ont fait au moins quatre années d'études universitaires. Leur objectif essentiel est d'aider les invalides et les handicapés à acquérir le maximum d'autonomie et de faciliter ainsi leur insertion dans la société.

Permettez-moi maintenant de vous remercier de nous avoir permis de comparaître devant votre Comité au sujet du projet de loi canadienne sur la santé et de nous donner ainsi la possibilité d'exprimer notre point de vue sur les problèmes qui se posent au niveau du traitement et de la réadaptation de ceux qui sont atteints d'infirmités ou de handicaps. Nous aimerions également vous parler de ce que la réadaptation peut leur offrir et attirer tout spécialement votre attention sur les coûts sociaux énormes que représentent les services actuellement offerts à ces personnes. Pour terminer, nous vous ferons part de plusieurs suggestions constructives à cet égard.

Permettez-moi d'aborder pour commencer les trois problèmes que nous jugeons primordiaux. D'abord, le mécontentement des consommateurs. Vous avez pu constater, grâce au rapport du Comité parlementaire spécial sur les handicapés, que les Canadiens souffrant d'une infirmité sont extrêmement mécontents du système actuel. Ce qu'ils veulent, en quelques mots, c'est avoir plus de possibilités d'être autonomes dans notre société. Ils ne veulent pas être placés dans des établisse-

[Text]

to be independent and self-supporting in our society. They do not wish to be placed in institutions of long-term care and they want equal opportunity for employment.

The second problem I want to draw your attention is the high and escalating cost of handicap in our society. It is significant, I think, that there is no single government department or ministry which is studying the total cost of care of handicapped people in Canada today. We have made some estimates of cost and we find that two of the major costs to society are the cost of institutional care and the cost of income-support services for people who are unable to work as a result of disability.

Estimates of the cost of institutional care are extremely high. In Canada we have approximately 250,000 living in institutions, and the Minister of National Health and Welfare has indicated she agrees this is the highest ratio in any of the developed countries. We have looked at what this costs and we estimate the cost of caring for these quarter of a million Canadians who are confined to institutions is in the order of \$8 billion a year . . . \$8 billion.

We have looked at the cost of income-support programs by consulting with workers' compensation boards, with provincial welfare ministries, with the insurance industry, and we know that the cost of income-support programs to those who are disabled and handicapped is in excess of \$2 billion. We also note that not only in Canada, but in all of the developed countries, these costs are escalating rapidly. I would draw your attention to the fact that we believe we are spending in this country over \$10 billion a year in services to handicapped people and that these services are primarily oriented to supporting them in a dependent role, which is what disabled people do not want. They would prefer to be independent whenever they can. We would also emphasize that these costs appear to be increasing at a time when governments are finding it increasingly difficult to find money for existing services.

The third problem we would like to draw to your attention is the inadequacy of present rehabilitation services in Canada. We believe that rehabilitation services are inadequate, that they suffer also from being fragmented and from a lack of unified responsibility. We would like to suggest to you that rehabilitation and the practice of rehabilitation has something very important to offer Canadian society at this time. It believes in assisting disabled and handicapped people to be as independent as possible and it has been demonstrated in many studies, both here and around the world, that properly applied rehabilitation techniques not only permit many more people to live independently in the community and return to employment, but that this quite substantially reduces the cost to society of caring for them.

I would like to illustrate this by briefly describing one case history. The girl in question, at the age of 24, sustained a severe head injury in an automobile accident, and after being cared for in a major neurosurgical, centre was returned to her

[Translation]

ments de soins à long terme et ils réclament des chances égales au niveau de l'emploi.

Le deuxième problème sur lequel je voudrais attirer votre attention est le coût élevé et sans cesse croissant du traitement de ces handicapés dans notre société. Il est révélateur, à mon avis, qu'aucun ministère du gouvernement n'ait décidé d'évaluer le coût total des soins actuellement donnés aux handicapés au Canada. Nous avons fait certaines prévisions à ce chapitre et avons constaté que deux des éléments principaux de ce coût correspondent aux soins en établissement et aux services de soutien du revenu offerts à ceux qui ne sont pas en état de travailler à cause de l'infirmité dont ils souffrent.

D'après nos prévisions, les soins donnés en établissement coûtent extrêmement cher. Au Canada, environ 250 000 handicapés sont actuellement dans des établissements, et le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a reconnu qu'il s'agissait là du quotient le plus élevé de tous les pays industrialisés. Selon nos prévisions, les soins donnés à ces 250 000 Canadiens placés dans des établissements coûtent environ 8 milliards de dollars par an.

Par ailleurs, pour calculer le coût des programmes de soutien du revenu, nous avons consulté les commissions d'accidents du travail, les ministères provinciaux du Bien-être et les compagnies d'assurances, et nous en sommes arrivés à un chiffre supérieur à 2 milliards de dollars. Nous avons constaté que, non seulement au Canada, mais dans tous les pays industrialisés, ces coûts augmentent rapidement. Nous estimons qu'au Canada, nous dépensons plus de 10 milliards de dollars par an en services aux handicapés, mais que ces services sont essentiellement destinés à maintenir ces personnes dans un rôle de dépendance, ce qu'elles rejettent. Elles préféreraient être autonomes, dans la mesure du possible. J'aimerais également vous faire remarquer que ces coûts continuent apparemment à augmenter à une époque où les gouvernements ont de plus en plus de mal à trouver les crédits nécessaires pour financer les services existants.

Le troisième problème dont j'aimerais vous parler concerne le caractère inadéquat des services actuels de réadaptation au Canada. Nous sommes en effet convaincus que ces services ne répondent pas aux besoins qu'ils sont censés satisfaire, qu'ils sont beaucoup trop dispersés et insuffisamment coordonnés. Or, la réadaptation est une pratique qui peut être très bénéfique à la société canadienne. En effet, elle consiste à aider les invalides et les handicapés à être aussi autonomes que possible, et bon nombre d'études ont prouvé, au Canada comme à l'étranger, que l'application de techniques de réadaptation appropriées permet, non seulement à ceux qui en bénéficient d'être plus autonomes dans la société et de retrouver un emploi, mais aussi de réduire considérablement le coût des services que la société leur fournit normalement.

Permettez-moi de vous en donner un bref exemple. À la suite d'un accident de voiture, une jeune fille de 24 ans reçut de graves blessures à la tête. Après avoir été soignée dans un grand centre neuro-chirurgical, elle fut envoyée dans son

[Texte]

local community hospital. From there, she became one of these chronic patients that I know this committee has heard about from many previous witnesses, and the question was where to put her. So she was placed in the local chronic psychiatric hospital, and she was placed in the most disturbed ward because this was the only ward in the hospital where they had enough staff to care for her physical disability. She had a spastic paralysis of all four extremities.

Now, this girl was cared for in that chronic psychiatric ward with the most disturbed psychiatric patients for four years, at which point her parents, desperate in looking for help, turned to a rehabilitation facility and said, Could you do anything for our daughter?

This girl's rehabilitation did not take all that long, and the cost was \$10,000, and as a result she was able to return home to live with her parents. The cost of confinement in the psychiatric hospital was over \$26,000 annually, and by moving her out of that institutional setting into her home with her family, I estimate that over \$400,000 has been saved in chronic hospital care costs.

Had this woman remained in a chronic psychiatric facility for the rest of her life, which I assure you could easily have happened, and can still easily happen, it would have cost this country over \$1 million.

Now, I want to suggest to you that this example illustrates how we can, with existing knowledge and know-how, reduce very substantially the cost to Canadian society of chronic institutional care. I do not suggest that this association can do it alone. This association has an important part to play in that process, but we depend upon the help of many other medical and surgical specialties—many other allied health rehabilitation professions, and we depend upon the help of many community support groups such as home care, the employment services... rehabilitation employment services available through provincial ministries—the work of manpower; this is almost one of the problems: to meet the needs of the patient in a comprehensive way requires a concerted effort by many different people.

We want to suggest to you that a number of approaches can be taken to tackling this problem, and we want to suggest to you that existing present policies are not going to serve as well in the years ahead. As I see it, we have to make changes; the costs are escalating; the consumers are dissatisfied; the professionals are frustrated. Something has to be done, and something can be done.

First, we can make sure that disabled and handicapped Canadians receive this kind of help consistently, and not on a hit-and-miss basis; second, we can work to ensure that the services are provided in a more co-ordinated and cohesive fashion, which will not only be more efficient, but should also be more cost-effective.

Second, I want to suggest to you that through the medium of prevention and cure we can seek to reduce the burden of handicap in Canadian society, and in terms of prevention, we all remember how the polio vaccine made a tremendous

[Traduction]

hôpital communautaire local. Là, elle devint un de ces malades chroniques dont bon nombre de témoins précédents vous ont parlé; le problème était de savoir où on pouvait la mettre. Elle fut alors envoyée dans un hôpital psychiatrique chronique de sa région, et placée dans l'aile accueillant les malades les plus atteints, car ce service était le seul de l'hôpital à avoir le personnel suffisant pour lui donner les soins dont elle avait besoin. Elle était atteinte de paralysie spasmodique dans les quatre membres.

Ainsi, cette jeune fille fut soignée pendant quatre ans dans l'aile des malades les plus atteints d'un hôpital psychiatrique chronique, après quoi ses parents s'adressèrent en désespoir de cause à un centre de réadaptation pour savoir s'il pouvait accueillir leur fille.

La réadaptation de la jeune fille fut rapide et coûta 10,000\$, et par la suite, elle put retourner vivre avec ses parents. Or, lorsqu'elle était soignée à l'hôpital psychiatrique, il en coûtait plus de 26,000\$ par an; ainsi, en la faisant sortir de cet établissement en la ramenant chez ses parents, j'estime qu'on a pu économiser plus de 400,000\$ en soins chroniques.

Si cette femme était restée dans un hôpital psychiatrique pour le restant de sa vie, ce qui aurait fort bien pu se passer, et pourrait toujours se passer d'ailleurs, il en aurait coûté plus de 1 million de dollars.

A mon avis, cet exemple montre bien comment, avec les connaissances et les techniques dont nous disposons, nous pouvons réduire considérablement le coût des soins donnés en établissement et payés par la société canadienne. Cependant, notre association ne peut pas y parvenir à elle seule. Elle peut jouer un rôle important dans tout ce processus, mais elle a besoin de l'aide de bien d'autres spécialistes en médecine et en chirurgie, sans compter tous les professionnels qui s'occupent eux aussi de la réadaptation; notre association a également besoin de l'aide des services communautaires tels que les soins à domicile, les services de placement des personnes réadaptées, etc. En résumé, pour répondre pleinement aux besoins du malade, il faut un effort concerté de la part d'un grand nombre de services.

Il existe plusieurs méthodes pour s'attaquer à ce problème, mais nous estimons que les politiques actuelles vont perdre de leur efficacité avec le temps. À notre avis, il faut modifier maintenant le système, car les coûts grimpent, les consommateurs sont mécontents et les professionnels sont frustrés. Il faut donc faire quelque chose, et c'est tout à fait possible.

Tout d'abord, nous devons nous assurer que les invalides et les handicapés recevront ces services de façon régulière et cohérente, et non pas au coup par coup. Deuxièmement, nous devons nous assurer que les services sont fournis d'une façon plus coordonnée, ce qui en augmentera l'efficacité et la rentabilité.

Deuxièmement, grâce à la prévention et au traitement, nous pouvons alléger le fardeau que ces handicaps représentent pour la société canadienne; au chapitre de la prévention, nous savons tous quels bienfaits le vaccin anti polio a apportés à

[Text]

difference in our Canadian society. Today, seat belt legislation and lower speed limits are, in some jurisdictions, having similar effects, and I want to suggest that much can be done in the way of prevention.

Third, if we are to go forward in a progressive way to tackle this very important, and very costly social problem, we are going to need research.

• 0950

I mean, research into the ways in which we carry on our rehab process. We need to be critical of outcome. We need to look and see who can do the best job. We need to know more about the dimensions of the problem and we need to be able to measure progress in solving it.

I want to suggest that, looking at these approaches, if we look at what public planners tell us about developing new approaches to social problems, I hear them say loud and clear that we must have clearly articulated goals to guide any new efforts. We must have some means of measuring progress. I want to suggest to you that there are two goals which meet the needs of disabled people, which also offer promise of meeting the concerns of government about escalating costs in this area.

I suggest to you that one appropriate goal for this country, in dealing with this problem, would be to reduce the need for institutional care by disabled and handicapped Canadians by 30% during the next decade. I would point out the way that goal is worded, it is not a plea for de-institutionalization. It is a plea that we make the need for institutional care unnecessary, for at least 30%. That would mean the closing of 75,000 chronic care beds. I realize the committee is being told that we need more chronic care beds, and I suggest to you that the country cannot afford it, and the consumer does not want that approach.

Here is a way of offering consumers a better quality of life, and containing the cost. The cost of institutional care now is some \$8 billion. We could free up close to \$3 billion, which could be expended in other ways that would be more effective and that would satisfy the needs of consumers.

Second, I would suggest to you that the second goal be that we reduce the level of unemployment among employable disabled Canadians to the national level of unemployment. The Special Parliamentary Committee on the Needs of the Disabled and Handicapped found levels of unemployment among employable disabled people in excess of 50%. They stated the levels of unemployment were "exceptionally and unacceptably high", I believe were the words they used. I suggest that what handicapped Canadians deserve is an equal opportunity for employment.

I would suggest that these two goals might serve as a basis to provide co-operative work between the federal and the

[Translation]

notre société canadienne. Aujourd'hui, le port obligatoire de la ceinture de sécurité et la réduction des limites de vitesse ont eu, dans certains pays, des effets semblables, et je suis convaincu qu'on peut encore faire beaucoup au chapitre de la prévention.

Troisièmement, si nous voulons vraiment résoudre ce problème de façon progressiste et innovatrice, il nous faut financer des travaux de recherche.

Il faut donc faire des recherches sur les techniques de réadaptation, et nous devons nous montrer critiques des résultats, afin de choisir la technique la meilleure. Nous avons également besoin d'en savoir davantage sur les dimensions du problème et nous devons pouvoir évaluer les progrès que nous faisons dans ce but.

Ces approches étant identifiées, il nous faut maintenant, comme nous le disent si bien ceux qui planifient nos politiques sociales, arrêter des objectifs bien précis pour guider nos efforts. Nous devons également avoir des mécanismes permettant d'évaluer nos progrès. À mon avis, si nous voulons répondre aux besoins des handicapés, nous devons nous fixer deux objectifs, lesquels devraient également satisfaire les gouvernements qui s'inquiètent de l'augmentation des coûts dans ce domaine.

Le premier objectif devrait être de réduire de 30 p. 100, au cours des dix prochaines années, le recours aux soins en établissement pour des handicapés. Cela dit, la formulation de cet objectif ne signifie pas la fermeture des établissements. Nous estimons tout simplement que, dans au moins 30 p. 100 des cas, les soins en établissement ne sont pas nécessaires. Cela permettrait de libérer 75,000 lits pour soins chroniques. Je sais que certains témoins vous ont dit qu'il nous fallait plus de lits pour soins chroniques, mais j'estime, moi, que notre pays ne peut pas se le permettre et que les consommateurs n'approuvent pas cette solution.

Je vous propose donc une solution qui permettra d'offrir aux consommateurs une meilleure qualité de vie, tout en limitant les coûts. Je vous ai dit tout à l'heure que le coût des soins en établissement représentait à l'heure actuelle environ 8 milliards de dollars. Nous pourrions économiser près de 3 milliards de dollars, somme qui pourrait être dépensée autrement, de façon plus efficace, et qui satisferait les besoins des consommateurs.

Le second objectif devrait être de réduire le taux de chômage parmi les handicapés en état de travailler, afin que ce taux se rapproche du taux de chômage national. Le Comité parlementaire spécial sur les handicapés a lui-même constaté que le taux de chômage des handicapés en état de travailler dépassait 50 p. 100. Il a même indiqué dans son rapport que ce taux avait atteint un niveau intolérable. Or, j'estime que les handicapés doivent avoir des chances égales au niveau de l'emploi.

À mon avis, ces deux objectifs pourraient servir de cadre général à la collaboration du gouvernement fédéral et des

[Texte]

provincial governments, giving them a goal towards which both can work. I am sure that these types of goals would have the support of the consumer and the professionals.

In summary, then, I would like you as the committee to consider officially recognizing the dimensions of the problem of handicap, because I think it is not widely recognized that handicap costs society so much.

Second, I would suggest to you that past and present policies will not serve us in the future. Third, I suggest that we need to adopt a philosophy of rehabilitating and integrating disabled and handicapped people into the community, whenever possible, and that this should be the basis on which we plan future services.

Fourth, I would suggest that we need national goals, and I invite you to consider the two that I have laid before you.

Finally, on behalf of our association, I pledge to you our continued support in the mutual endeavour of making Canada a more caring and rewarding place for disabled and handicapped people.

• 0955

The Chairman: Thank you very much, Dr. Symington. Miss MacDonald, will you lead off, please?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much, Mr. Chairman. May I say to Dr. Symington this has been one of the most positive representations we have had made to us in the work of this committee. We have been concerned, as the question has been raised again and again, about the funding of the health care system, about the allocation of moneys, about the shortage of moneys in certain areas. You have talked about a way in which not only can people be made to feel as if they are greater contributors to society as a whole, but in ways in which moneys could be freed up to be allocated to perhaps more acute needs.

The figure that has been used overall here from time to time is \$22 billion being spent on our health care system. Many people have said it is still under-funded. Just in a few sentences you have told us how we could, if we worked toward a specific goal, affect a savings of \$3 billion which could be utilized in other ways to provide care and treatment that is not there at the present time.

One of the items that you mention, one of the necessary ingredients to affect that, you told us, is research. I would like to ask you: What, at the present time, goes into research in this field in order to make those goals possible? Can you give us a general figure as to what is spent on research in this way, and what would have to be spent, in order to help achieve these very worthwhile goals?

Dr. Symington: Mr. Chairman, I am delighted to respond to that question because I am currently chairman of a committee

[Traduction]

gouvernements provinciaux, car ils auraient ainsi des objectifs communs. Je suis sûr par ailleurs que les consommateurs et les professionnels les appuieraient.

En résumé, donc, j'aimerais que votre Comité reconnaisse officiellement les dimensions de ce problème, car je crains qu'elles ne soient méconnues de la société en général, surtout pour ce qui est des dimensions pécuniaires.

Deuxièmement, j'estime que les politiques passées et présentes ne seront plus efficaces à l'avenir. Troisièmement, nous devons adopter des principes généraux en matière de réadaptation et d'intégration des invalides et des handicapés dans la société, et ce dans la mesure du possible, et de tels principes devraient servir de pierre d'angle aux services que nous voudrions organiser.

Quatrièmement, nous devons nous fixer des objectifs nationaux, et je vous invite à examiner sérieusement les deux que je vous ai proposés.

Pour terminer, je m'engage, au nom de notre association, à continuer de vous donner tout l'appui nécessaire dans les efforts que nous déploierons tous ensemble pour faire du Canada un pays plus accueillant et plus enrichissant pour les invalides et les handicapés.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Symington. Voulez-vous commencer, mademoiselle MacDonald?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup, monsieur le président. Puis-je dire au professeur Symington que son mémoire est l'un des plus constructifs que le Comité se soit vu présenter jusqu'à ce jour. Nous avons entendu parler à qui mieux mieux du financement de notre système de soins de santé, de la répartition des crédits et du manque de ces derniers dans certains secteurs. Mais vous, vous nous avez proposé une façon qui ferait participer encore plus les citoyens à la société, et qui permettrait de libérer des crédits pour les redistribuer là où on en a plus besoin.

Le chiffre que l'on a entendu mentionner le plus souvent, c'est celui de 22 milliards de dollars que coûterait notre système de soins sanitaires. Et cependant, beaucoup prétendent que ces crédits sont insuffisants. Mais en quelques phrases, vous nous avez expliqué qu'en visant un objectif bien précis, nous pourrions épargner jusqu'à 3 milliards de dollars qui pourraient être consacrés à des soins et des traitements qui ne sont pas actuellement dispensés.

Un des ingrédients nécessaires pour atteindre cet objectif, d'après vous, c'est la recherche. Pourriez-vous nous dire combien on dépense aujourd'hui en recherche dans ce domaine afin d'atteindre ces objectifs? Pouvez-vous nous dire en gros combien on a consacré à cette recherche qui permettrait, encore une fois, d'atteindre ces objectifs si valables?

M. Symington: Monsieur le président, je suis fort aise de répondre à cette question, étant donné que j'occupe actuellement le poste de président d'un comité du Conseil national de

[Text]

of the National Research Council which is looking into the need for research and development in this area.

We believe that something in the order of 1% of expenditures in this area would be a reasonable amount, and certainly not excessive, to invest in research related to this problem. That figure would, of course, if you look at the cost of \$10 billion, suggest that we ought to be spending about \$100 million, that that would be a reasonable amount.

The current expenditures, I am told, are in the order of \$20 million, and I do not know where the Special Parliamentary Committee on the Disabled and Handicapped got that figure, but currently we are hoping that the Ministry of State for Science and Technology will be producing a report on government funded research in this area.

Research in the private sector, in the universities and elsewhere, is lamentably poor. This area is very much underfunded in terms of research. We do not know exactly how much. We are currently making an inventory of rehabilitation research in Canada and that will be available soon, but it is certainly recognized to be a very much under-researched area.

If I may illustrate some ways in which research could be of very practical value to the country in developing services to meet these needs: First of all, we need to know really how many handicapped people there are. And by handicapped I mean... let us look at how many people there are living in institutions; what is the nature of their disability; why are they there; what is the handicap? We do not have good data on that.

What is it costing? We do not know what it is costing. We have made estimates which we believe to be reasonable, but nobody is tracking this in the way that many other important public expenditures are tracked.

If we are to measure progress in this field, we need, for instance, to know how those numbers are changing, both the number of handicapped people and, the costs.

• 1000

These are some of the areas that need to be researched. We also need to know which rehabilitation programs are the most cost effective, and again we need research of that sort. We need research into prevention—I could go on, but I think the point I want to make is that I am not suggesting remote ivory tower research; I am suggesting that there is much of practical value that we need to research in this area.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I know that there are a number questions people want to ask, so I will just ask one more, Mr. Chairman. This Bill deals with extra-billing and user fees, and it comes about because of the funding question. But what the Bill primarily deals with is user fees and acute care hospitals. There is such a thing, although it is not prohibited in the same way as user fees in chronic care hospitals, and that falls in many cases disproportionately on people who have to pay; one case I can give you is where a

[Translation]

recherches, comité dont le mandat est de définir les besoins de ce domaine en matière de recherche et de développement.

D'après notre Comité, il suffirait de consacrer environ 1 p. 100 des dépenses, ce qui ne serait pas de trop, à la recherche dans ce domaine. Si l'on parle d'un coût total de 10 milliards de dollars pour la santé, on devrait dépenser quelque 100 millions de dollars, ce qui serait raisonnable, pour cette recherche.

On me dit que les dépenses sont actuellement d'environ 20 millions de dollars, mais je n'arrive pas à voir où le Comité parlementaire spécial sur les invalides et les handicapés aurait trouvé ce chiffre. Nous espérons que le ministère d'État à la Science et à la Technologie émettra bientôt un rapport sur la recherche financée par le gouvernement dans ce domaine.

La recherche effectuée dans le secteur privé, dans les universités notamment, est lamentablement limitée. Elle manque énormément de fonds, même si nous ne pouvons donner de chiffres exacts. Nous établissons actuellement un répertoire de la recherche orientée vers la réadaptation au Canada, répertoire qui sera disponible bientôt, mais il est d'ores et déjà certain qu'il faudrait y consacrer beaucoup plus de crédits.

Je vous illustrerai maintenant la façon dont la recherche pourrait être beaucoup plus utile du point de vue pratique pour établir les services qui répondraient à nos besoins: il faut d'abord préciser le nombre de personnes handicapées. Pour ce faire, regardons quelles sont celles qui vivent dans des institutions, demandons-nous quelle est la nature de leur incapacité, pourquoi elles y sont installées et quel est leur handicap. Nous n'avons aucun chiffre là-dessus.

Combien cela coûte-t-il? Nous ne le savons pas. Nous avons des évaluations qui sont assez satisfaisantes, mais personne n'a encore établi le détail de ces chiffres comme on le fait pour d'autres dépenses importantes des deniers publics.

Si nous voulons mesurer les progrès effectués dans ce domaine, il nous faut connaître toute modification qui s'appliquerait aux chiffres en question, à la fois dans le nombre de personnes handicapées et dans les coûts.

Voilà sur quoi doit porter notre recherche. Il nous faut également déterminer quels programmes de réadaptation sont les plus rentables. Il faut faire des recherches en matière de prévention, et cetera, et je pourrais poursuivre indéfiniment. J'essaie de faire comprendre que je ne préconise pas du tout une recherche faite dans le vide; je suggère au contraire que l'on fasse des recherches sur quelque chose de très pratique.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je sais que mes collègues veulent également vous interroger, et je me limiterai donc à une dernière question, monsieur le président. Ce projet de loi-ci porte sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui sont en fait des problèmes de financement. Mais en fait, le projet de loi porte surtout sur les frais modérateurs dans les hôpitaux de soins intensifs. Cela existe, même si cela n'est pas interdit comme le sont les frais modérateurs dans les hôpitaux de soins chroniques. Par conséquent, cela lèse de façon

[Texte]

person could not get into a state-subsidized chronic care hospital and would have to go into some other kind of hospital care, nursing facility or whatever. There the costs to the individual family for chronic care are much higher. There is an inequity even in the system of people having to pay fees for looking after patients who are in chronic care. I wonder if you could tell us anything about this from your own experience; how we could begin to grapple with this. One obviously is to be able to close down those 75,000 beds so that they become utilized by the people who—the system becomes utilized by the people who need it most. But could you comment on user fees in the chronic care system at the present time?

Dr. Symington: Well, Mr. Chairman, I can certainly comment that there appears to be very unequal access to rehabilitation services, and in the chronic care field, inequities in terms of who has access to free chronic institutional care. I have not really studied this problem and I am not really able to say how much of a problem this is, excepting that for some individuals, the cost of placing a family member in a chronic care institution is exorbitant. I know that I spoke to two individuals recently: one, a high civil servant who indicated that he was being urged to place his mother in a chronic facility at a cost of \$5,000 a month and how she did not wish this type of placement and how he felt about what we were discussing—some of the points that I have been presenting to the committee—and he said that on the basis of his personal experience, his mother would much rather be living at home with some support. It certainly made much sense, much more sense.

There is no question that one of the costs of disability in handicapped in this society is difficult to get at is the cost to family members who stay at home to care for a disabled person or who pay out of their own pocket to support a handicapped person. That is something that we know goes on but, I cannot address the dimensions of that problem; I think it is something we have to look at.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much, thank you Dr. Symington.

The Chairman: Thank you, Miss MacDonald. Mr. Blaikie.

• 1005

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just on the question of what previous witnesses have said, I think it is true that people have pointed to a shortage of chronic care beds, but at the same time many of the witnesses have also said that it is not just a question of providing more chronic care beds, it is also a question of finding alternatives to institutionalized chronic care as well as other forms of institutionalized care, somewhat along the lines that you have said.

My question has to do with something you mentioned and something of particular interest to me, coming from Manitoba. That is the whole question of prevention, on the preventive side, having to do with seat belts. We have just come through a debate in Manitoba about seat belt laws, and many in the

[Traduction]

disproportionnée ceux qui doivent payer. Par exemple, prenez le cas d'une personne qui n'arrive pas à se faire admettre dans un hôpital de soins chroniques subventionné par l'État et qui, par conséquent, doit être placée dans une institution de soins hospitaliers ou maison de repos qui puisse lui dispenser des soins chroniques, ce qui coûte beaucoup plus cher à sa famille. Notre système est donc déjà inéquitable, puisqu'il faut payer pour faire traiter des patients qui ont besoin de soins chroniques. Quelle est votre expérience à cet égard? Comment tenter de résoudre le problème? On pourrait évidemment redistribuer les 75,000 lits occupés par des malades chroniques à d'autres patients qui en ont plus besoin. Qu'avez-vous à dire sur l'application de frais modérateurs à des malades chroniques?

M. Symington: Monsieur le président, il semble que l'accès aux services de réadaptation ne soit pas le même pour tous, et que pour ce qui est des soins chroniques, les inégalités se situent au niveau de ceux qui peuvent accéder à des soins chroniques gratuits en institution. Comme je ne me suis pas vraiment penché là-dessus, je ne puis dire si c'est un problème généralisé. Je sais tout simplement que pour certains, il en coûte extrêmement cher d'avoir à placer un membre de sa famille dans une institution pour soins chroniques. J'ai justement parlé à deux personnes récemment. La première, un fonctionnaire haut placé, m'a dit être poussé à placer sa mère dans une institution de soins chroniques, au coût de 5,000\$ par mois. Ce n'était évidemment pas ce qu'il voulait, et nous en avons discuté, ce qui m'a permis de vous faire certains commentaires. Cette personne m'a dit que sa mère préférerait de beaucoup, à cause de son expérience personnelle, vivre à la maison et bénéficier de l'aide de quelqu'un, ce qui est beaucoup plus logique.

Il est certain qu'il est très difficile d'évaluer pour la société ce qu'il en coûte lorsqu'un membre d'une famille reste à la maison pour s'occuper d'un invalide ou qu'il paye de sa propre poche l'aide et les soins à un handicapé. Nous savons que cela existe, mais sans connaître l'ampleur du problème. Il faudrait cependant tenter de le définir.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup, monsieur Symington.

Le président: Merci, madame MacDonald. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, pour revenir à ce que nous ont dit certains témoins, il est vrai que l'on a signalé le manque de lits pour malades chroniques. Mais en même temps, beaucoup d'entre eux ont précisé qu'il ne s'agissait pas simplement de fournir plus de lits pour les malades chroniques, mais plutôt de trouver des solutions de rechange aux soins en institution de même que d'autres formes de soins institutionnalisés, un peu comme ce que vous avez suggéré.

Je voudrais maintenant parler de quelque chose qui m'intéresse tout particulièrement, puisque je viens du Manitoba. Il s'agit de la prévention associée au port des ceintures de sécurité. Nous sortons tout juste d'un débat houleux au sujet d'une loi sur le port de la ceinture de sécurité, et bon nombre

[Text]

opposition in that Province tended to see seat belt legislation as sort of the latest advance of the communist conspiracy against individual freedom. There was a great deal of debate about whether seat belts actually prevent injury etc. I was wondering if you wanted to comment, make your own recommendation, or give your own observation as to whether seat belt legislation does have an effect on rates of injury and is one way of acting to prevent the need for the very institutions that we have so many of?

Dr. Symington: Mr. Chairman, I am pleased to respond to that question. What I want to do is draw attention to the fact, primarily, that rehabilitation is not the total answer to the problem of disability and handicap; prevention and cure are other areas to which we should be paying attention. It has certainly been my observation, in our area, that following the implementation of the lower speed limit and the seat belt legislation, the number of major injuries we saw in our local hospital went down, at least for a period of two or three years.

It is my understanding that the same situation was observed in other parts of the Province. This was a general experience. I do not think seat belts alone are the answer. I do not think lower speed limits alone are the answer. But I do think we have to recognize that trauma is a very major cause of handicap in our society today and we have to be researching that problem and looking for appropriate solutions.

Now obviously, if the public will not accept legislation of that sort, it would be my hope we would go at it in some other way, whether through public education or through safer automobiles, or whatever. But I think that trauma is a very major cause of handicap, particularly in younger people, and I would urge that we explore what can be done there. I think these are examples of effective ways of getting at a part of the problem.

Mr. Blaikie: You said, at least in the first two or three years; does the data show that the effect of the legislation wears off?

Dr. Symington: It is my understanding that people became more lax about wearing seat belts, for instance, and that police in Ontario were not carrying out the same number of spot checks. I believe there was a relationship likely there. I know recently they have begun to stop more individuals and levy a fine because they are not wearing their seat belts. So I think that initially there was considerable compliance and then I think it fell off.

Again I come back to the fact that I do not think legislation is always the answer. I think probably public education, public awareness is really the key. Legislation perhaps facilitates that.

Mr. Blaikie: Right. My final question on this: Would you say the same applies, in terms of a reduction of injuries and the need for rehabilitative institutions etc., when it comes to motorcycle helmets?

[Translation]

des députés de l'opposition provinciale ont vu cette loi sur la ceinture de sécurité comme le dernier pas d'une conspiration communiste contre la liberté individuelle. On s'est demandé longuement si les ceintures de sécurité permettaient effectivement d'éviter certaines blessures. Qu'en dites-vous? Quelles sont vos recommandations ou vos observations sur la possibilité qu'une loi concernant le port de la ceinture de sécurité puisse avoir une incidence sur le nombre de blessures? Est-ce, d'après vous, une façon d'empêcher la prolifération des institutions dont nous parlons?

M. Symington: Monsieur le président, je suis très heureux de répondre. Je voudrais d'abord préciser que la réadaptation n'est pas la réponse universelle aux incapacités et aux handicaps; n'oublions pas la prévention et la guérison. J'ai remarqué dans ma région, qu'à la suite de la mise en vigueur d'une limite de vitesse inférieure et de la loi sur la ceinture de sécurité, il y a eu beaucoup moins de grandes blessures signalées dans nos hôpitaux locaux, du moins pendant deux ou trois ans.

Je crois savoir que l'on a fait la même observation ailleurs dans la province. C'était donc généralisé. Mais ce n'est pas uniquement à cause du port des ceintures ni à cause des limites de vitesse inférieures. Il faut cependant reconnaître que le traumatisme est une des causes majeures de handicap dans notre société d'aujourd'hui et qu'il nous faut effectuer des recherches pour déterminer quelles sont les solutions les plus appropriées à ce problème.

Il est évident que si le public n'accepte pas de se conformer à la loi dont vous parlez, il faudra arriver au même résultat par des moyens détournés, soit en informant le public ou en construisant des automobiles plus sécuritaires. Je répète que le traumatisme est une des grandes causes de handicap, chez les jeunes surtout, et qu'il faudrait explorer des méthodes de soigner ce mal. Il existe des cas de solutions assez heureuses.

M. Blaikie: Vous avez parlé d'une amélioration au cours des deux ou trois premières années. Les données montrent-elles que la loi perd sa force de frappe avec le temps?

M. Symington: J'ai cru comprendre que les gens négligeaient avec le temps de porter leur ceinture et que la police ontarienne n'effectuait pas le même nombre de vérifications au hasard. Les deux phénomènes sont certainement reliés. Je sais que, récemment, on a recommencé la vérification et que l'on a imposé des amendes aux automobilistes qui ne portaient pas leur ceinture de sécurité. Il me semble qu'au début, on a bien respecté la loi, puis qu'on s'est négligé graduellement.

Je répète qu'une loi ne peut avoir réponse à tout. La clé du succès, c'est sans doute l'éducation et l'information du public, information qu'une loi peut peut-être faciliter.

M. Blaikie: En effet. Voici ma dernière question: pourrait-on tirer la même conclusion, et parler d'une réduction des blessures et d'un besoin moindre d'institutions de réadaptation, depuis que l'on a rendu obligatoire le port du casque protecteur?

[Texte]

• 1010

Dr. Symington: Certainly, no question. There is no question that wearing helmets saves a lot of lives and a lot of severe disability.

Mr. Blaikie: You do not put any stock in the argument that it causes neck injuries?

Dr. Symington: You know, more recently people have become aware of that and certainly we have to look at that. I do not have the facts, but I am aware that it is something . . . We come back again to the fact that a helmet should not be an excuse for imprudent behaviour. Not that every accident is caused by imprudent behaviour, but we have to look at what is reasonable to expect. I think there is no question that people have walked away from severe accidents wearing a helmet, where there is no way they could have done that if they had been unprotected.

Mr. Blaikie: Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Dr. Hudecki, please.

Mr. Hudecki: We are delighted to have you, Professor Symington. You have certainly been a tower of strength with the committee on the Year of the Disabled and I know that your experience will be of great help to us here.

I would first of all like to maybe make some comments about prevention, just to follow up on the subject that Mr. Blaikie has raised. I think those of us who have spent a great deal of time working in emergency rooms and dealing with trauma have seen a complete change in the pattern of injuries. Before the seat belt legislation came in and before they put plastic in between the two layers of the glass in front of them, probably one of the major injuries was the head going through the windshield. The head going through the windshield usually meant a lift of the face and the skin right off. That face lift was one of the commonest injuries we used to see, and this would be every weekend. Ever since the seat belt legislation came in, they only go so far and there is just a bit of a dent in the windshield, so that injury has almost been wiped out. The plastic surgeons are now using an entirely different approach.

As far as helmets are concerned, the neurosurgeons will tell you that the whole pattern of head injuries has changed considerably ever since wearing helmets has been compulsory in Ontario and some of the other provinces.

Mr. Blaikie: For the better.

Mr. Hudecki: For the better, much better.

The question I would like to direct to you, Professor Symington, is again the contributions that physicians in rehabilitation have made. I am not saying this in a critical sense, but only because I know you are in the position to advise us and to tell us just what is available, but one of the major problems in dealing with the handicapped has been the

[Traduction]

M. Symington: Certainement, sans aucun doute. Il est certain que le port du casque protecteur sauve beaucoup de vies et évite bien des handicaps sérieux.

M. Blaikie: Croyez-vous à l'argument voulant que ces casques entraînent des blessures au cou?

M. Symington: Ce n'est que récemment que les gens ont commencé à s'en rendre compte, et c'est une possibilité qu'il ne faut pas négliger. Je n'ai pas de chiffres en main, mais je suis sûr qu'il y a quelque chose . . . Mais nous revenons au point de départ, à savoir qu'un casque protecteur ne vous excuse pas d'une conduite imprudente. Ce n'est pas que tous les accidents soient causés par une conduite imprudente, mais il faut se demander ce qu'il est raisonnable d'attendre. Il est certain que des motocyclistes ont survécu à des accidents graves parce qu'ils portaient un casque protecteur, et qu'ils ne s'en seraient certainement pas tirés s'ils n'en avaient pas porté.

M. Blaikie: Merci.

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

Docteur Hudecki, vous avez la parole.

M. Hudecki: Nous sommes très heureux de vous accueillir, professeur Symington. Vous nous avez été d'un puissant secours, à nous du Comité, lors de l'Année internationale des handicapés, et nous savons que votre expérience nous sera très utile ici.

Je voudrais reprendre les commentaires de M. Blaikie eu égard à la prévention. Ceux d'entre nous qui ont passé de nombreuses années à travailler dans les salles d'urgence et à affronter des cas de traumatisme ont sans doute constaté que les blessures n'étaient absolument pas les mêmes qu'autrefois. Avant l'introduction de la Loi sur la ceinture de sécurité, et avant que les constructeurs n'insèrent une feuille de plastique entre les deux couches de vitre du pare-brise, les plus grandes blessures étaient causées lorsque la tête percutait le pare-brise, ce qui avait pour conséquence d'arracher la peau du visage. Ces blessures étaient parmi les plus communes, et l'on en rencontrait presque toutes les fins de semaine. Depuis l'introduction de la Loi sur la ceinture de sécurité, les passagers ne sont plus projetés aussi loin, même s'ils frappent quelque peu le pare-brise, de sorte que cette blessure a été presque totalement éliminée. Les chirurgiens plastiques n'ont pas du tout les mêmes blessures à traiter.

Les neurochirurgiens vous diront en outre que les blessures ont changé considérablement depuis que l'Ontario et quelques autres provinces ont introduit l'obligation de porter des casques protecteurs.

M. Blaikie: Pour le mieux, je l'espère.

M. Hudecki: Pour le mieux, en effet.

Professeur, j'aimerais vous interroger encore une fois sur les contributions des médecins en réadaptation. Je ne dis pas cela dans un esprit critique, mais parce que je sais que vous êtes en mesure de nous conseiller et de nous dire exactement ce qui est disponible. L'un des grands problèmes que posent les soins des handicapés, c'est le manque de médecins spécialisés en

[Text]

shortage of doctors undertaking the specialty of rehabilitation. First of all, there were practically none trained about 25 years ago and then gradually there have been some showing increasing interest in it. But also their interests are so diversified, you know; some are interested in doing research work only, others get tied up with medical-legal work, others are not prepared to discuss problems publicly. It has been very difficult to get the support that is required and the leadership that is required. What you say is entirely correct, but the messages do not come through to the various institutes and to the medical profession as a whole.

For a good long time general practitioners did the work very well, with the time they had. Orthopaedic surgeons carried the load for quite a while in attempting to rehabilitate these people and to put them into communities. Recently the trend seems to be more into research, which is fairly limited. Again I do not see quite the leadership being given to the profession and to the professionals in this field that we would expect.

Would you mind giving us some constructive comments on that?

Dr. Symington: Yes. Dr. Hudecki, that is an excellent question. Mr. Chairman, this is a very real problem.

• 1015

Specialists in the area of physical medicine and rehabilitation have a wide range of activities in which they can engage. For instance, they work with children with cerebral palsy; they work with children with muscular dystrophy; they work with young adults with head injuries and spinal cord injuries; they work with elderly people with amputations and so on and so forth. In addition to that, many of them—I would say most—engage in an office practice of what is called physical medicine, the treatment of people with painful shoulders, painful necks, painful backs, so-called minor problems, although if you happen to be the person with a painful back it is certainly not minor.

I think the fragmentation of the rehabilitation system has made it difficult for those who choose to enter into the practice of rehabilitation. I think some of the difficulties I have brought before the committee have tended to discourage people from entering into major rehabilitation.

The trend I see in the future is towards the development of more specialized programs; for instance, programs for conditions such as senile dementia. I want to point out to the committee that I do not see the problem of disability and handicap as being confined to those with physical disability. Over half the chronic care beds in Kingston are filled by people with senile dementia. We have 1,473 chronic beds in our area; over 600 are filled with individuals where the major problem is senile dementia, and at least as many individuals are in the community with the same condition.

Here we come to a very important part of this problem. No matter how many people we rehabilitate who have spinal cord

[Translation]

réadaptation. Tout d'abord, cette spécialisation n'existait presque pas il y a quelque 25 ans, après quoi quelques médecins ont commencé à s'y intéresser. Mais ces intérêts sont bien diversifiés, comme vous le savez: certains ne veulent faire que de la recherche, d'autres sont pris par le travail médical d'orientation juridique, alors que d'autres encore ne sont pas prêts à discuter publiquement des problèmes que cela implique. C'est ce qui a rendu difficile la possibilité d'obtenir les appuis requis et l'orientation voulue. Ce que vous dites est tout à fait correct, mais vos messages ne parviennent pas jusqu'aux divers instituts ni jusqu'au corps médical.

Pendant longtemps, ce sont les omnipraticiens qui ont fait le travail nécessaire, avec le temps qu'ils avaient à leur disposition. Puis, les orthopédistes ont pris la relève en tentant de réadapter les accidentés et de les réintégrer dans la collectivité. Récemment, on semble vouloir revenir à la recherche, même si elle est assez limitée. Je répète que ce secteur de la médecine et ces spécialistes ne semblent pas avoir l'orientation voulue et espérée.

Pouvez-vous nous dire quelque chose de positif?

M. Symington: Oui. Votre question est excellente, docteur Hudecki, car vous avez mis le doigt sur un problème très réel.

Les spécialistes dans le domaine de la médecine physique et de la réadaptation s'intéressent à un vaste éventail d'activités. Par exemple, ils traitent les enfants souffrant de paralysie par encéphalopathie, de dystrophie musculaire; ils traitent les jeunes gens ayant subi des blessures à la tête ou à la colonne vertébrale, ou encore les vieillards sur lesquels on a pratiqué une amputation, par exemple. Par ailleurs, bon nombre, voire la plupart d'entre eux ont un bureau où ils pratiquent la médecine physique, c'est-à-dire qu'ils traitent les gens qui éprouvent des douleurs à l'épaule, au cou, au dos; il s'agit des problèmes dits mineurs; mais, soit dit en passant, si vous êtes cette personne qui souffre d'une douleur au dos, vous n'êtes sans doute pas d'avis qu'il s'agit d'un problème mineur.

La fragmentation du système de réadaptation pose un problème à ceux qui décident de s'orienter dans ce domaine. J'ai soulevé certaines questions devant le Comité qui peuvent avoir eu comme effet de décourager les gens de s'orienter dans le domaine de la réadaptation.

À l'avenir, on tendra à mettre au point des programmes plus spécialisés; par exemple, des programmes visant à traiter des cas de démence sénile. Je tiens à signaler au Comité que je ne vois pas la question d'incapacité ou de handicap comme étant l'apanage de ceux qui éprouvent une incapacité physique. Plus de la moitié des lits réservés pour les malades chroniques à Kingston sont occupés par des gens atteints de démence sénile. Dans notre région, nous comptons 1 473 lits pour malades chroniques. Plus de 600 d'entre eux sont occupés par des personnes atteintes de démence sénile et un nombre aussi important de ces malades se trouvent dans la communauté.

Nous passons maintenant à une partie très importante de la question. Quel que soit le nombre de gens que nous traitons

[Texte]

injuries, amputations, head injuries or whatever, we prevent them from going into chronic care beds. As long as there is this big problem of senile dementia, those people simply flow in and fill the beds. I think we need to have a public health type of approach to the management of the total problem of handicap, not just those with physical disability. We need to be developing services to meet the needs and we need to be doing it in some sort of organized and co-ordinated fashion.

Now, you are quite correct when you say the numbers of people in this field have been very small, the growth of the specialty has been rapid and the evolution of rehabilitation services has been fairly rapid across this country. But we have to recognize we are coming from a very small base. However, I would say the situation now is hopeful in the sense that there is a decent base on which a better, more efficient system of care can be built.

I am sorry, Mr. Chairman. If I can make one other point, I do want to emphasize that I do not see the responsibilities for the provision of these services as resting only with this specialty. Clearly, we will continue to need the informed help of general practitioners and many other specialties. I would point out that in long-term disability insurance plans the two largest groups of disability are those with cardiac disorders and those with chronic psychiatric illness, and this points out that these are not areas of prime concern to the Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation. But we are trying to present to the committee our concern for this total problem and not just our own narrow interest.

Mr. Hudecki: I have one more question. I thought I would get your comments on a tendency that is developing now; that is, the apparent popularity of certain diseases, single-disease concentrated efforts, and it is usually through the media by single-disease interest groups. There are great benefits from it; they are able to attract a considerable amount of funding, but they do so at the expense of money to the problem as a whole. On the one hand, it attracts the volunteers, which is helpful and good. On the other hand, it draws off needed funds.

• 1020

Now, if we promote more and more insurance in this field, we may be cutting off that source of tremendous funding, yet on the other hand the obvious problem is the polarization of attention on a single disease rather than on chronic problems and disabilities as a whole.

Dr. Symington: Mr. Chairman, Dr. Hudecki has addressed again another very important problem. This whole field has tended to be fragmented because there are so many disabilities; there are so many disability groups. I have heard many people in government say how difficult it is to try to cope with the needs and the demands of all these different groups.

[Traduction]

pour des blessures à la colonne vertébrale ou à la tête ou par suite d'amputation, nous les empêchons de prendre des lits réservés aux malades chroniques. Tant que nous serons confrontés à ce problème de démence sénile, ces malades occuperont les lits. Selon moi, il faudrait que le public soit sensibilisé aux problèmes de tous les handicapés, non pas seulement ceux qui souffrent d'une incapacité physique. Il nous faut prévoir des services qui répondront à ces besoins, nous devons nous organiser, nous devons coordonner nos efforts.

Or, vous avez tout à fait raison de dire que le nombre de praticiens dans ce domaine a été très restreint, que la discipline a connu une croissance rapide, tout comme l'évolution des services de réadaptation à l'échelle nationale. Pourtant, il faut reconnaître qu'au début, la base était très petite. Toutefois, la situation actuelle est telle qu'il y a lieu d'être optimiste: nous avons maintenant une base solide sur laquelle on peut échafauder un meilleur système, un système plus efficace.

Permettez-moi, monsieur le président, d'ajouter une autre chose: je tiens à signaler qu'à mon avis, la responsabilité de la prestation de ces services ne repose pas uniquement sur les praticiens de cette discipline. De toute évidence, il nous faudra encore faire appel aux bons conseils des omnipraticiens et des membres de plusieurs autres disciplines. Dans le cadre des régimes d'assurance-invalidité à long terme, les deux groupes d'invalides les plus importants sont les personnes souffrant de troubles cardiaques ou de maladies psychiatriques chroniques; ces affections n'intéressent pas au plus haut degré l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation. Nous tentons de démontrer au Comité comment nous nous intéressons à l'ensemble du problème, par opposition à notre domaine particulier.

M. Hudecki: J'ai une autre question à poser. J'aimerais connaître votre avis sur une tendance qui se dégage; certaines maladies semblent connaître une popularité grâce, habituellement, aux médias qui puisent leurs renseignements chez des groupes s'intéressant à une seule maladie. Cette tendance peut être très avantageuse; ces groupes particuliers peuvent recueillir des sommes considérables, mais ils le font au détriment de l'ensemble. D'une part, de tels groupes attirent des bénévoles, ce qui est bon, ce qui est utile. Mais, par contre, ils ravissent une partie des sommes qui pourraient être utilisées ailleurs.

Or, si l'assurance-maladie s'intéresse de plus en plus à cette question, nous n'aurons peut-être plus cette source de financement considérable; par contre, reste encore le problème évident de la concentration sur une seule maladie plutôt que sur les problèmes et les incapacités chroniques dans l'ensemble.

M. Symington: Monsieur le président, M. Hudecki a soulevé une autre question très importante. Le domaine a eu tendance à se fragmenter étant donné qu'il existe bon nombre d'incapacités ou de groupes de malades. J'ai entendu des fonctionnaires dire à quel point il était difficile de répondre aux besoins de tous ces groupes.

[Text]

I would suggest to you that these two national goals, which I have placed before the committee this morning, provide a framework for co-operative effort, in the hope that the individual groups would be encouraged to work for those things that are of specific value to them. But I would hope we might rally all of these different disability groups to support the general concept and thrust outlined in these two goals. I have had discussions with a number of groups to date, and I find that they are generally supportive of the thrust of these goals. That would leave room for these groups to do those things which are specifically needed. For instance, haemophilia: the Canadian Haemophilia Society has done an excellent job of making the various new measures available in certain regional hospitals for the haemophiliac and of disseminating information of that sort, but I am sure it would still support the general thrust of the social programs that I have outlined to you.

I would also suggest to the committee that the concept of national goals has another, I think, potentially significant political benefit. That is, if the federal government were to set goals of this sort and the provinces were left to deal with implementation and the federal government with developing measures to monitor progress towards the achievement of specific goals of the sort I have outlined, perhaps this would create a better framework also for people to work together in.

Mr. Hudecki: Thank you.

The Chairman: Thank you very much.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I want to welcome Dr. Symington, because it certainly was Dr. Hudecki's and my privilege to have encountered him on several occasions when we served on the Special Committee on the Disabled and the Handicapped, to which he referred.

All of us were very impressed with the testimony you brought to us there and the breadth of knowledge you had in the field of rehabilitation and the manner in which you presented that knowledge. We were pleased to see you were being invited to come to this committee as well.

Having said that, Mr. Chairman, I want also to acknowledge that most of Dr. Symington's testimony this morning, and indeed the questions related thereto from my colleagues, have been at the very best at the very periphery of the proposed Canada Health Act as we have it before us; although Dr. Symington very indirectly has addressed the inadequacy of the Bill, which many, in fact most, of the witnesses in the last couple of weeks have also done. In other words, he has brought to our attention some of the insufficiencies and inadequacies in the Bill if it is meant to be addressing the total health care needs of this country.

I want to get back more directly to the Bill itself, if I may, and draw on the fact that you have had, first of all, your basic training in medicine, followed by your specialty training, in the United Kingdom, followed by work experience in the United Kingdom, if not within the national health service, certainly parallel to it, anyway. I know you have had many trips back

[Translation]

Les deux objectifs nationaux dont je vous ai saisis ce matin nous permettraient de circonscrire l'effort collectif tout en nous permettant d'encourager les groupes individuels à oeuvrer dans un domaine qui les intéresse particulièrement. Mais j'espère que ces divers groupes appuieront l'idée générale qui sous-tend ces deux objectifs. J'ai discuté avec un certain nombre de groupes, récemment, et de façon générale, ils sont d'accord; ils donneraient une certaine latitude à ces groupes qui pourraient s'occuper de certaines activités précises: par exemple, la Société canadienne de l'hémophilie a fait de l'excellent travail: elle s'est chargée de certaines nouvelles mesures dans des hôpitaux régionaux, elle a distribué des renseignements sur l'hémophilie, néanmoins, je suis sûr que la Société approuverait la portée générale des programmes sociaux que je vous ai décrits.

Je dirais également que l'idée d'objectifs nationaux pourrait avoir un autre avantage politique. On pourrait créer un contexte qui favoriserait davantage la collaboration si le gouvernement fédéral établissait des objectifs et si les provinces étaient chargées de l'application de certaines mesures; le gouvernement fédéral pourrait également prévoir des moyens de contrôler les progrès pour voir dans quelle mesure on répond à ces objectifs.

M. Hudecki: Merci

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue à M. Symington; M. Hudecki et moi-même avons eu le privilège de le rencontrer à plusieurs occasions lorsque nous siégeons au Comité spécial concernant les handicapés et invalides, auquel il a fait allusion.

Nous avons tous été très impressionnés par votre témoignage, par vos vastes connaissances dans le domaine de la réadaptation et par la façon dont vous les mettez à notre service. Nous sommes heureux que vous soyez également invité à comparaître devant le présent Comité.

Monsieur le président, je tiens à signaler que la plupart des propos de M. Symington et la plupart des questions que lui ont posées mes collègues ne visaient qu'indirectement le projet de loi canadienne sur la santé; M. Symington a effleuré les lacunes du projet de loi, à l'instar de la plupart des témoins des quinze derniers jours. Autrement dit, il nous a signalé quelles seraient les lacunes du projet de loi si ce dernier devait viser l'ensemble des besoins en matière de soins de santé au Canada.

J'aimerais revenir de façon plus précise au projet de loi proprement dit; j'aimerais vous mettre à contribution: vous avez reçu une formation en médecine; vous avez reçu une formation spécialisée au Royaume-Uni; vous y avez travaillé, sinon dans le cadre du Service national de la santé, du moins dans un domaine connexe. Depuis ce temps, vous y êtes

[Texte]

there since then, so you have some working knowledge, I am sure, of the system as it now prevails in Britain, where basically you have a couple of tiers of medicine being practised. I want to stress the fact that you also have a private insurance system in existence. I want to draw on that knowledge you obviously have, plus the fact that you have lived here in Canada for a good many years, have practised medicine—rehabilitative medicine—have travelled this country, have also had occasion to practise in different parts of this country, you are the president of your profession, and so on. So you, perhaps more than any other single person in this country, know the health care system in Canada—particularly as it relates to rehabilitation, but you cannot help but understand it in general as well.

• 1025

At the same time, you know that the system in Canada, as it has been for virtually the last 15 years, has precluded any private insurance for any service that is covered under the Act—it has absolutely precluded it.

Thirdly, you also are aware of the present system, the so-called Quebec model, that has been in the Province of Quebec for the last 10 to 13 years, which again is different from the other two, in that it precludes physicians' being involved in the system in the way they can be in the rest of the country. Also it is different, again, from the United Kingdom model. As you probably are aware, it is the system the Minister would like to see across this country, that is, the one in Quebec. Also, the Quebec system is the one that, I think you will agree, has caused a significant exodus of specialists, in particular, Canadian-renowned and world-renowned physiatrists, as a matter of fact, have left Quebec.

With those three systems in mind and the results of those systems on the availability of the kind of health care that you foresee Canadians will want, I wonder if you could comment to us now as to your feelings on what the Canada Health Act, Bill C-3, will do in terms of those three systems that we know. In other words, what changes, if any, do you anticipate Bill C-3 will make on the way you have seen medicine practised in this country? Is it going to be better for the things you are particularly concerned with, let us say rehabilitative medicine?

Dr. Symington: Mr. Chairman, first I would like to comment that I do not feel that I am well versed in the health-care system in the Province of Quebec, and I am not sure that Dr. Boivin, our second vice-president, is here. He might perhaps be prepared to speak to that.

I would also point out that I went to the United States in 1962 and was a professor in the University of Washington in Seattle for four years, so I had some experience of the system there.

I really find it difficult to know what the effects of this Bill will be, but I think my major concern is a feeling that there is a strengthening of a monopoly situation here, which will reduce competition within the health and welfare field, and I feel uncomfortable with the thought of being limited within that type of framework.

[Traduction]

retourné souvent; vous avez donc des connaissances pratiques du système actuel exploité en Grande-Bretagne, système qui, essentiellement, fait appel à deux paliers de médecine. J'aimerais profiter de vos connaissances, étant donné que vous avez vécu au Canada pendant bon nombre d'années, que vous y avez pratiqué la médecine de réadaptation, que vous avez traversé le pays, que vous avez exercé votre profession dans différentes régions du pays, et que vous êtes président de votre groupe. Plus que quiconque, peut-être, vous connaissez le système de soins de santé canadien, notamment le domaine des soins de réadaptation; de toute évidence, vous avez donc des connaissances générales du domaine.

Par le fait même, vous savez que le système canadien, depuis une quinzaine d'années, a tout à fait empêché l'assurance privée d'assurer les services prévus aux termes de la loi.

Par ailleurs, vous connaissez également le modèle québécois, système qui existe au Québec depuis 10 ou 13 ans; ce système est différent des deux autres en ce qu'il empêche les médecins de s'intégrer au système comme ils peuvent le faire dans le reste du pays. Il est également différent du modèle du Royaume-Uni. Comme vous le savez probablement, c'est le système québécois que le ministre voudrait adopter à l'échelle du pays. Au Québec, l'adoption de ce système a provoqué un exode important de spécialistes, notamment des psychiatres de réputation nationale et internationale.

En tenant compte des trois systèmes et de leur incidence sur les soins de santé souhaités par les Canadiens, pouvez-vous nous dire ce que vous pensez du projet de loi C-3, de la Loi canadienne sur la santé? Autrement dit, quels changements l'adoption du projet de loi C-3 entraînera-t-elle sur la façon dont la médecine est pratiquée dans ce pays? Constatera-t-on une amélioration dans le domaine qui vous intéresse particulièrement, la médecine de réadaptation, par exemple?

M. Symington: Monsieur le président, je tiens d'abord à souligner que je ne connais pas très bien le système des soins de santé du Québec; je ne sais pas si M. Boivin, notre vice-président, se trouve dans la pièce. Il serait peut-être disposé à en discuter.

Je tiens également à signaler que je me suis rendu aux États-Unis en 1962; j'ai été professeur à l'université de Washington à Seattle pendant quatre ans; j'ai donc une certaine expérience du système américain.

Il m'est difficile de prévoir les retombées possibles de l'adoption du projet de loi C-3; mais une chose m'inquiète: j'ai l'impression qu'on cherche à raffermir un monopole qui limitera la concurrence dans les domaines de la santé et du bien-être et je me sens un peu à l'étroit.

[Text]

There is no question that one of the reasons why I left Canada in 1962 to go to the United States was the deplorable situation in medical schools in Canada at that time and my inability to get an attractive university position in Canada. The Hall commission remedied that situation. I always remember my amazement, on returning to Canada to the Canadian Medical Association meeting in Vancouver, I believe it was in August, 1963, on hearing the Dean of the University of British Columbia Medical School talking about the fact that he, at that time, had a budget in the order of \$0.5 million, and I had just moved to a Department of Rehabilitation Medicine in the United States where we had been given a grant of \$450,000 for that single department to engage in research and development in relation to rehabilitation services.

There is no question that we are in bed with a very large country and that what goes on down there . . . perhaps that is a bad phrase to use. We are neighbours and what goes on down there cannot be ignored.

• 1030

The big difference that I see is that there is more flexibility; there is more opportunity to do innovative things, in my opinion. I do not see the problems that are of great concern to consumers and professionals alike being addressed by this Bill. I find it difficult to say what the consequences of the Bill will be. I think perhaps my greatest concern is that by not addressing real problems that are being experienced within the health and welfare community in Canada, and without giving some clear idea of what the country expects from us, there is going to be a decline in the morale of the helping professions. I can certainly say that. But I am not clear in my own mind exactly what the new Canada Health Act will change. Extra-billing has not been an issue in our specialty.

Mr. Halliday: Just one supplementary, Mr. Chairman: Is it appropriate to have the vice-president of Dr. Symington's association answer that same question?

The Chairman: Dr. Halliday, we are very short of time this morning. I think Dr. Symington, if I may say so, answered very well on the general thrust of what you were asking. We do have three other groups of witnesses this morning. You wanted one extra question, and Dr. Schroder wanted a short question. Dr. Symington has told us he wants to get away at 10.30 a.m. also.

Mr. Halliday: I was just suggesting that since Dr. Symington referred to the presence of his vice-president of their national association here today, and he apparently happens to be from Quebec, maybe it would be appropriate if he addressed the same question I asked. I am not asking for another question, but he might have some other comments to make out of his experience.

The Chairman: If he wants to come forward, I will ask the gentleman to come forward for a minute.

[Translation]

N'en doutez pas: une des raisons pour lesquelles j'ai quitté le Canada pour les États-Unis en 1962 était que la situation dans les écoles de médecine canadiennes était déplorable et que je ne pouvais pas obtenir un poste intéressant dans une université canadienne. Les recommandations de la Commission Hall ont redressé cette situation. Lorsque je suis revenu au Canada au mois d'août 1963, il me semble, pour participer à une réunion de l'Association médicale canadienne à Vancouver, le doyen de l'école de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique disait qu'il avait un budget d'environ 0,5 million de dollars; et je venais tout juste de me joindre au département de médecine de réadaptation aux États-Unis qui s'était vu octroyer une subvention de 450,000\$ qui devait être affectée à la recherche et au développement dans le domaine des services de réadaptation.

Toute comparaison avec la situation aux États-Unis est disproportionnée. Quoi qu'il en soit, nous sommes voisins et il est impossible d'ignorer ce qui s'y passe.

Voici la grande différence, à mon avis: aux États-Unis, on a beaucoup plus de souplesse. On a davantage l'occasion d'innover. Ce projet de loi ne semble pas se pencher sur des questions qui sont de grande importance pour les consommateurs ou les professionnels de la santé. Il est difficile de prévoir les retombées qu'aura son adoption éventuelle. Voici ce qui m'inquiète davantage: si on ne s'attaque pas aux problèmes véritables constatés dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada, si l'on ne précise pas les attentes des citoyens à notre égard, on constatera une baisse du moral dans les professions visées. Cela, je peux l'affirmer. Mais je ne sais pas au juste dans quelle mesure la Loi canadienne sur la santé changera quoi que ce soit. Dans ma discipline, la surfacturation n'est pas une question importante.

M. Halliday: Une question supplémentaire, monsieur le président: puis-je demander au vice-président de l'Association présidée par M. Symington de répondre à la même question?

Le président: Monsieur Halliday, nous n'avons pas beaucoup de temps ce matin. Si vous me le permettez, M. Symington a très bien répondu aux grandes lignes de votre question. Trois autres groupes de témoins comparaitront ce matin. Vous vouliez poser une question supplémentaire et M. Schroder a demandé la même chose. Par ailleurs, M. Symington nous a dit qu'il veut partir vers 10 h 30.

M. Halliday: J'y pensais parce que M. Symington a lui-même signalé la présence du vice-président de leur Association nationale; il semblerait que ce dernier vienne du Québec; il serait peut-être bon de lui poser la même question. Je ne demande pas de poser une autre question; il pourrait tout simplement nous faire bénéficier de son expérience.

Le président: S'il veut s'approcher de la table des témoins, je lui demanderai de témoigner pendant une minute.

[Texte]

Dr. Boivin, I think you heard Dr. Halliday's question. Will you reply briefly to it, vis-à-vis Quebec?

Dr. Germain L. Boivin (Vice-President, Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation): Yes, I would have three comments. First, I have practised in a city where there were practically no rehabilitation beds. The rehabilitation beds were in a chronic hospital, and the patients were penalized, because in Quebec if you are in a chronic institution you have to pay something between \$10 and \$15 a day in order to stay there. Sometimes it is hard for the family to support this. Those patients could be transferred to the rehabilitation centre in Montreal and be treated free in terms of their staying in the institution, whereas in Sherbrooke—not to name the place—they had to pay because they were rehabilitated in a chronic-care bed. That is one thing.

The good thing in Quebec is that there is complete coverage on prosthetics and orthotics. I think it is a great help for the handicapped, although there was some difficulty because of the bureaucratic barriers. Those people who are the most handicapped are the ones who have the most problem getting proper equipment. I am referring to electrical wheelchairs or communication gadgets, which would make life very different for a handicapped person but were not available.

The last thing is the question of why there are so many doctors in rehabilitation medicine doing private practice and dealing more with painful conditions of the locomotor system—like you and me, who have back pain. The system discourages people from going into the practice of rehabilitation medicine because it does not pay enough. In order to practise rehabilitation medicine you have to join a group, most of the time a university group, where you have a basic salary that can support you in order for you to do rehabilitation.

Those are my comments.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Boivin.

A short question from Dr. Schroder.

Mr. Schroder: Thank you very much, Mr. Chairman.

Dr. Symington, I recognize the fact that physical medicine is almost a new art and science in pure medicine. I think you would want to recognize the fact that the team approach in physical medicine is very important.

• 1035

I suspect that you would want me to mention the fact that members of that team are other than physicians—the physical therapist, the occupational therapist, the technicians who manufacture the prosthesis. When we are looking at the development of increased services and improvement of rehabilitative medicine, I just wonder if you could explain to us how this team operates and who the members of the team are and how we are fixed in Canada for manpower with respect to that kind of rehabilitation medicine.

[Traduction]

Monsieur Boivin, vous avez entendu la question de M. Halliday. Pouvez-vous y répondre brièvement en mettant l'accent sur la situation au Québec?

M. Germain L. Boivin (vice-président, Association canadienne de médecine physique et de réadaptation): Oui, j'aurais trois choses à dire: tout d'abord, j'ai pratiqué la médecine dans une ville qui ne disposait pratiquement pas de lits réservés pour la réadaptation. Ces lits se trouvaient dans un hôpital de soins chroniques et les patients étaient pénalisés car au Québec, il faut payer entre 10\$ et 15\$ par jour pour occuper un lit dans un établissement de soins chroniques. Il est parfois difficile pour une famille d'avancer cette somme. Ces patients peuvent être transférés au Centre de réadaptation à Montréal où ils n'auraient pas à payer; par contre, à Sherbrooke, pour la nommer, les patients devaient payer car ils occupaient un lit réservé aux soins chroniques. Voilà.

Le Québec, heureusement, prévoit une couverture complète des prothèses et des appareils orthopédiques. C'est très utile pour les personnes handicapées; mais il y a parfois certains problèmes lorsqu'on fait affaire avec la bureaucratie. Ceux qui sont le plus handicapés sont ceux qui éprouvent les plus grandes difficultés à obtenir les appareils nécessaires. J'entends par là les fauteuils roulants électriques ou les appareils de communication qui n'étaient pas disponibles mais qui amélioreraient sensiblement la qualité de vie d'une personne handicapée.

En dernier lieu, pourquoi trouve-t-on un nombre si considérable de médecins en réadaptation qui traitent les problèmes du système locomoteur, autrement dit, les gens qui ont des douleurs dans le dos, dans des cabinets privés? Le système décourage les médecins de s'intéresser à la réadaptation car ce domaine n'est pas assez rémunérateur. Pour exercer dans le domaine de la réadaptation, vous devez devenir membre d'un groupe, un groupe universitaire, le plus souvent; ainsi donc, vous obtenez un salaire de base qui vous permet de vous intéresser à la médecine de réadaptation.

Voilà ce que je voulais dire.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Boivin.

Une brève question de la part de M. Schroder.

M. Schroder: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Symington, je reconnais que la médecine physique est pratiquement un art ou une science nouvelle, il s'agit de médecine pure. Vous devez reconnaître qu'il est important d'aborder la médecine physique en équipe.

Vous tenez peut-être à ce que je le signale: cette équipe comprend, outre les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les techniciens qui fabriquent les prothèses. Nous cherchons à augmenter les services et à améliorer la médecine de réadaptation; dans ce contexte, quel est le travail de cette équipe, qui en fait partie, et combien de praticiens en médecine de réadaptation comptons-nous au Canada?

[Text]

Dr. Symington: Well, Mr. Chairman, I am delighted again to respond to that question and I would like to mention that we will be submitting a written brief and that we will have material relating to this issue of rehabilitation manpower. I have corresponded with the Minister of Health and Welfare on this issue. The manpower required in the team depends, of course, on the needs of the individual. I see an evolving pattern towards the provision of the development of teams dealing with some of the major disabling conditions.

For instance, in Kingston we have an amputee team and that team would include nurses, physiotherapists, occupational therapists and prosthetists who make the artificial limbs and fit them. Social workers, vocational counsellors and psychologists are also members of the team. Then, of course, there are the people in home care who provide home care services so that these people can leave the hospital or the rehab service early. There are people in the community working with the Ministry of Community and Social Services, the provincial ministry, who will assist in the vocational program. There are people in employment and immigration, in their local offices, with whom we work. So the team can be quite large, and a good deal of time, as Dr. Boivin has indicated, has to be spent on activities such as meeting with the team members and talking to people on the phone, explaining what is needed, trying to unravel problems that come up in getting the team to work together to meet the needs of the individual. The other teams include those for people with head injury. There, we would not ordinarily have the prosthetist on the team, but we would have a nurse and a physio and an O.T., and the role of the psychologist might be much more important because of the intellectual and cognitive deficits and so on.

So we have been evolving many teams: the spinal cord injury team, the amputee team, the head injury team, the team that works with the children and so on and so forth. I suspect that is going to be a trend that will strengthen in the future. I see the need for community teams relating to the needs of those with senile dementia, for those with chronic psychiatric disorders and so on. I come back to the need for some type of, if you like, public health system or rehabilitation system, because without our making a deliberate effort to co-ordinate the services for these patients, the sort of disincentives that Dr. Boivin has mentioned will grow worse.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Symington, Dr. Boivin, for coming here this morning and for giving us the benefit of your views and expertise in this very important field. Thank you very much for coming.

I will call Dr. Robert Evans to the witness table please, but I think we will have a little bit of committee business just for a second. Mr. Epp, you have a point of order.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman, and I do not want to take time from the committee or from the witness. I just want to project ahead a little bit, Mr. Chairman, for the week when the committee returns; namely, the 5th, and I believe we are scheduled to meet on the 6th. A number of questions, possibly to facilitate the work of the committee, could be considered.

[Translation]

M. Symington: Eh bien, monsieur le président, je suis heureux de répondre à cette question; nous vous présenterons un document qui contiendra des renseignements quant à la question de la main-d'oeuvre dans le domaine de la réadaptation. J'ai eu un échange de correspondance avec le ministre de la Santé et du Bien-être social sur cette question. La composition de l'équipe dépend, bien entendu, des besoins du patient. Je constate une tendance vers la formation d'équipes lorsqu'il s'agit de traiter des cas de grave incapacité.

Par exemple, à Kingston, l'équipe d'amputation comprend des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des fabricants d'appareils de prothèse; ces derniers fabriquent et ajustent les appareils. L'équipe compte également des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation et des psychologues. Ajoutez à cela les personnes qui assurent les soins à domicile de sorte que le patient peut quitter l'hôpital ou le service de réadaptation assez tôt. Dans le cadre du programme d'orientation, des gens de la communauté travaillent de pair avec le ministère provincial des Services sociaux et communautaires. Nous collaborons avec des fonctionnaires du ministère de l'Emploi et de l'Immigration. L'équipe peut donc être très nombreuse et, comme l'a dit M. Boivin, il faut passer beaucoup de temps à discuter au téléphone et à rencontrer les membres de l'équipe, pour tâcher d'expliquer les besoins, de régler les problèmes connexes à la planification des services qui répondent aux besoins du patient. Parmi les autres équipes, il y a celle qui s'occupe des gens blessés à la tête. Cette équipe ne comprendrait pas habituellement le fabricant d'appareils de prothèse, mais on y trouverait une infirmière, un physiothérapeute et un ergothérapeute; le rôle du psychologue pourrait être beaucoup plus important au sein de cette équipe étant donné les pertes des facultés cognitives ou intellectuelles.

Nous avons donc constitué bon nombre d'équipes; l'équipe chargée des blessures à l'épine dorsale, l'équipe chargée des amputés, l'équipe chargée des blessés à la tête, l'équipe qui s'occupe des enfants, par exemple. Il s'agit probablement d'une tendance qui ira croissante à l'avenir. J'entrevois la nécessité d'équipes communautaires qui s'occuperaient des besoins de gens atteints de démence sénile ou de troubles psychiatriques chroniques, par exemple. Je viens à la question de la nécessité d'un système de soins de santé public ou un système de réadaptation car si nous ne nous efforçons pas de coordonner les services offerts à ces patients, la situation décourageante dont a parlé M. Boivin empirera.

Le président: Merci beaucoup, messieurs Symington et Boivin, d'avoir comparu ce matin, de nous avoir fait part de vos opinions et de nous avoir permis de mettre à profit votre savoir-faire dans ce domaine très important. Merci beaucoup.

Je demande à M. Robert Evans de s'approcher de la table; entre-temps, nous devons régler certaines questions d'ordre administratif. Monsieur Epp, vous invoquez le Règlement?

M. Epp: Merci, monsieur le président; je ne veux pas prendre le temps de parole des membres du Comité ou du témoin. Si vous le permettez, je voudrais parler du programme de la semaine où nous revenons à Ottawa, soit la semaine du 5 mars; je crois qu'une réunion est prévue pour le 6 mars. Pour faciliter les travaux du Comité, il faudrait - t-être tenir

[Texte]

One, I am pleased that Dr. Schroder is here. I would like to find out from him or whether he could take it back to the Minister if he does not have the answer this morning, whether the Minister will be appearing before the committee at the first session to indicate the department's position on various amendments, clauses or proposals made by the various witnesses.

• 1040

Second, because of the fact that the House will be in recess for the next week, the whole question of assembling amendments—and maybe I am being personal here—that work will not be completed; I know, at least from our perspective, as of the 6th we will have done some of the work. I know our legal assistant is also working diligently on that. But there will not be a time to have a liaison after we get back.

So, my two questions are primarily to Dr. Schroder. One, whether the Minister or whether he—on behalf of the Minister—will be making proposals or giving us any indications of amendments or thrusts that the department is willing to accept. Second, whether the committee—because of the configuration of time that we will be in when we start the clause by clause in the first possibly two days or so, the Tuesday and the Wednesday—that there would be an understanding that if clauses are not complete, they could be stood and we could go on to work that we obviously could address in other parts of the Bill. I want to raise it today, rather than doing it on Tuesday, March 6, and getting involved in a detailed discussion at that time.

The Chairman: I will call Dr. Schroder, but Mr. Blaikie, if you want to say something first of all . . .

Mr. Blaikie: I just wanted to say that I too would be interested in hearing whether or not we can hear the Minister. At the time when we first heard the Minister, it was said that we wanted to hold in reserve the opportunity to hear the Minister again. I think that would be useful, given the evidence that we have heard from the various people who have come before us. I think it would also be useful to know—either through the Minister at that time, or in some other way—what suggestions that have been made before this committee the government is prepared to accept, so that those are no longer points of contention.

Also, I think there is a logistical problem for those who intend to move amendments. I do not know how many amendments the Members on the other side intend to move, but we will be away the week preceding and it may be difficult; we are coming in on the Monday to be completely ready to roll on the Tuesday. But if we hear the Minister, that solves it to a degree, because if we hear the Minister on the Tuesday and we do not begin clause by clause, for instance, until Thursday, then we have accomplished both. We have provided a little time after we get back, and we have heard the Minister. So, I would hope that is the way things will unfold.

[Traduction]

compte de certaines questions. Je suis heureux d'accueillir M. Schroder. J'aimerais qu'il en parle au ministre, s'il ne peut pas nous répondre aujourd'hui; peut-il demander au ministre s'il comparaitra devant le Comité dès la première réunion pour nous donner la position du ministère quant aux diverses modifications proposées par les différents témoins?

Deuxièmement, étant donné qu'il y aura des vacances parlementaires la semaine prochaine, le regroupement des amendements—je parle peut-être de mon cas personnel ici—ce travail ne sera pas terminé. Je sais que pour notre part, le 6 mars, nous aurons fait une certaine partie du travail. Je sais que notre adjoint juridique travaille avec diligence à cette question. Cependant, lorsque nous reviendrons, ce ne sera plus le temps d'entrer en communication.

Mes deux questions s'adressent principalement au docteur Schroder. Premièrement, est-ce que le ministre ou lui-même—au nom du ministre—présentera des propositions pour nous donner une idée des amendements ou des orientations que le ministère veut bien accepter. Deuxièmement, est-ce que le Comité—étant donné le temps dont nous disposerons lorsque nous commencerons l'étude article par article dans les deux premiers jours, le mardi et le mercredi—voudrait bien s'engager, si l'étude des articles n'est pas terminée, à les réserver. Nous pourrions de cette façon étudier d'autres parties du projet de loi. Je voulais soulever la question aujourd'hui, plutôt que de nous engager dans une longue discussion le mardi 6 mars.

Le président: Je vais donner la parole au Dr Schroder, mais monsieur Blaikie, si vous voulez d'abord prendre la parole . . .

M. Blaikie: Je voulais simplement mentionner que je suis également intéressé de savoir si oui ou non nous allons entendre le ministre. Lorsque nous l'avons entendu pour la première fois, nous avions mentionné la possibilité de l'entendre de nouveau. Ce serait utile, à mon avis, à cause des témoignages que nous avons entendus des diverses personnes qui ont comparu devant nous. Ce serait également utile de savoir—soit par le biais du ministre si elle vient, ou d'une autre façon—quelles suggestions présentées devant le Comité le gouvernement est disposé à accepter, afin qu'il n'y ait plus de questions litigieuses.

Il se pose également un problème de justice pour ceux qui ont l'intention de présenter des amendements. Je ne sais pas combien d'amendements les membres de l'autre côté de la table ont l'intention de proposer, mais nous serons absents la semaine précédant la séance, ce qui rendra les choses difficiles. Nous reviendrons le lundi et nous serons prêts à commencer vraiment le mardi. Si nous entendons le ministre, le problème pourrait être résolu jusqu'à un certain point, car si elle vient le mardi et que nous ne commençons pas l'étude article par article du projet de loi avant jeudi, par exemple, certaines questions seront réglées. Nous avons prévu un peu de temps après notre retour, et après que nous aurons entendu le ministre. J'espère que ce sera de cette façon que les choses se passeront.

[Text]

The Chairman: Mr. Schroder.

Mr. Schroder: I think I have got the sense of the questions that both of you asked, and I will relay those concerns to the Minister, and make sure that when we meet, we will have the answers to those questions.

Mr. Blaikie: When will we meet, this afternoon?

Mr. Schroder: On Tuesday. I will meet with the Minister today some time, and relay our concerns and try to have some answers to those questions before we leave.

Mr. Blaikie: Before we leave this week?

Mr. Schroder: Yes.

Mr. Blaikie: Because there is no sense in having the answer on Tuesday. We really need to know before today.

Mr. Schroder: Yes, the Minister will be here for Tuesday.

Mr. Epp: That answers that question, if she is here on Tuesday.

Mr. Schroder: Yes, she will be here on Tuesday.

Mr. Epp: And if you could convey to the Minister...

Mr. Schroder: I will.

Mr. Epp: —at least the areas we would like, we will, question her on. If she does not raise them, we will question her.

The Chairman: Mr. Breau on the same point.

Mr. Breau: Mr. Chairman, it may be helpful if we had an occasion, also, as soon as it is possible, to hear from the opposition Members—how they react to the testimony on some of those issues and where they would go. That could be helpful not only to the government, but to members on this side.

Mr. Epp: We will try to do whatever we can within the timeframes we all have to work in.

Mr. Breau: Thank you.

The Chairman: Thank you for that commitment, Jake. The clerk informs me also that it would be very helpful if any draft amendments from either side, but particularly from the opposition, could be sent to her as soon as possible, and for legal translation, if you need that help. They will be kept confidential, or however you wish, and that confidentiality will be complete.

• 1045

It will be my first clause by clause, as chairman, for a number of years. I would hope we could start with some of the clauses on Tuesday. I will be in the hands of the committee as far as standing some, if we need to stand some. The Minister will be here, if I am correct and I certainly will take further comment, to answer questions as we go along in the study. But I would not see another day or two days general questioning of

[Translation]

Le président: Monsieur Schroder.

M. Schroder: Je crois comprendre les questions que vous soulevez tous les deux, et je vais les transmettre au ministre pour m'assurer que lorsque nous nous rencontrerons de nouveau, nous pourrions vous apporter des réponses.

M. Blaikie: Quand allons-nous nous rencontrer, cet après-midi?

M. Schroder: Mardi. Je rencontrerai le ministre à un certain moment aujourd'hui, je lui ferai part de vos préoccupations et tenterai d'obtenir des réponses à vos questions avant que nous partions.

M. Blaikie: Avant que nous partions cette semaine?

M. Schroder: Oui.

M. Blaikie: Obtenir la réponse mardi n'a pas vraiment beaucoup de sens. Il nous faudrait vraiment la connaître avant aujourd'hui.

M. Schroder: Oui, le ministre viendra mardi.

M. Epp: Cela répond à cette question, si le ministre est ici mardi.

M. Schroder: Oui, elle y sera.

M. Epp: Si vous pouviez transmettre au ministre...

M. Schroder: Je le ferai.

M. Epp: ... au moins les sujets sur lesquels nous voulons l'interroger. Si elle ne les soulève pas, nous allons l'interroger.

Le président: Monsieur Breau, sur le même sujet.

M. Breau: Monsieur le président, ce serait peut-être utile, si nous en avons l'occasion, d'entendre dès que possible les membres de l'opposition—comment réagissent-ils aux témoignages entendus sur certaines questions et quelles sont leurs intentions. Ce serait utile non seulement pour le gouvernement mais également pour les membres du Comité de ce côté-ci.

M. Epp: Nous allons essayer de faire tout ce que nous pouvons dans les délais qui nous sont impartis.

M. Breau: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie de cet engagement que vous prenez, Jake. Le greffier m'informe également qu'il lui serait très utile de recevoir aussitôt que possible, surtout de l'opposition, les projets d'amendements, compte tenu aussi de la traduction juridique si vous en avez besoin. Ce sera fait de façon confidentielle, ou comme vous le désirez, vous pouvez en être assurés.

Ce sera ma première étude article par article, en tant que président, depuis plusieurs années. J'espère que nous pourrions commencer mardi pour certains articles. C'est à vous de décider toutefois les articles à réserver, si nécessaire. Le ministre sera présent, je ne crois pas me tromper et je vais certainement accepter d'autres remarques, pour répondre à vos quest' lors de l'étude du projet de loi. Cependant, il ne

[Texte]

the Minister before going into clause by clause. In Mr. Epp's comments, I think he was going along that way, but I will let him speak further to it. I do not want to take too long with this.

Mr. Blaikie, I know, had some other ideas about that. But we did talk in terms of clause by clause starting on Tuesday morning. We did talk, of course, about the Minister being back here and I think she will be back here, there seems no question about that. But if possible I would like to combine the two; after perhaps talking as to what amendments she might consider or not consider, go on with the Bill as much as we can, having regard to the fact that all our amendments might not be fully ready at that stage. I will just throw that out into the pot.

I will go back to Mr. Epp and Mr. Blaikie again. Mr. Epp.

Mr. Epp: I have no further comment to make, Mr. Chairman. We have accepted the Third Report of the steering committee, and I have no difficulty that week working on clause by clause. That is not my point; I just feel we could save ourselves a lot of time if the procedure that has been outlined is accepted. And the Minister will be here on Tuesday and will outline for us, from the departmental point of view, what amendments they are likely to move, to entertain, whatever. Secondly, obviously we will be in touch with the clerk around noon today for areas that we want drafting completed on. And as to negotiations that will take place, I am sure I have some contacts on the other side of the table that we will talk about.

Mr. Lachance: On the same point, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie first.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, my preference is that we hear the Minister on the Tuesday and that we not begin clause by clause on the Tuesday; that we have some time after hearing the Minister to consider whatever the Minister says about whatever amendments the government will accept, or suggestions. Some time would be required, not a lot, but some time be required, certainly the remainder of the day, to consider what the Minister has said, and I think we should begin clause by clause on a day following the Tuesday.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: On the same point, Mr. Chairman, we have no problem at all; that is perfectly reasonable. We accept the technique proposed by Mr. Epp that there be a delay of 24 hours or 36 hours in terms of assessing the comments of the Minister. That is perfectly reasonable, and I think we can operate on an informal basis from that point of view. That sounds fine to us.

Mr. Epp: That is what I wanted. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Are there any other comments? Dr. Schroder.

[Traduction]

devrait pas y avoir à mon avis une journée ou deux jours de questions d'ordre général adressées au ministre avant l'étude article par article. Je crois que les commentaires de M. Epp allaient dans ce sens, mais je vais lui laisser la parole de nouveau à ce sujet. Je ne veux pas prendre trop de temps sur cette question.

Je sais que M. Blaikie avait certaines idées à ce sujet. Nous avons discuté de l'étude article par article qui doit débiter mardi matin. Nous avons discuté évidemment du retour du ministre au Comité, je crois qu'elle sera présente, il ne semble pas y avoir de doute à ce sujet. Si c'était possible, j'aimerais bien combiner les deux, après avoir débattu des amendements qu'elle accepterait ou non, aborder ensuite le projet de loi et procéder aussi rapidement que nous le pouvons, car tous les amendements ne seront pas tout à fait prêts à ce moment-là.

Je vais maintenant de nouveau donner la parole à MM. Epp et Blaikie. Monsieur Epp.

M. Epp: Je n'ai pas d'autres remarques à faire, monsieur le président. Nous avons accepté le troisième rapport du comité directeur, et cette semaine me convient très bien pour l'étude article par article. Ce n'est pas la question, je crois simplement que nous pourrions gagner un peu de temps si la procédure que nous avons expliquée était acceptée. Le ministre sera présent mardi pour nous expliquer le point de vue du ministère et quels amendements il présentera aux fins de la discussion. Deuxièmement, nous allons évidemment communiquer avec le greffier vers l'heure du midi aujourd'hui pour les questions dont il faudra terminer le libellé. Pour ce qui est des négociations, je suis sûr que nous discuterons avec les personnes que j'ai contactées de l'autre côté de la table.

M. Lachance: À ce sujet, monsieur le président.

Le président: La parole est d'abord à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je préférerais qu'on entende le ministre mardi et que nous ne commençons pas l'étude article par article ce jour-là. Je voudrais que nous ayons un peu de temps pour entendre ce que le ministre a à dire au sujet des amendements ou des suggestions que le gouvernement acceptera. Il nous faudra un peu de temps, pas beaucoup, cette même journée pour examiner ce que le ministre a dit, et il faudrait à mon avis commencer le jour suivant l'étude article par article.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: À ce sujet, monsieur le président, je suis tout à fait d'accord, c'est tout à fait raisonnable. Nous acceptons la technique qu'a proposée M. Epp, qu'il y ait un délai de 24 heures ou de 36 heures pour évaluer les commentaires du ministre. C'est parfaitement raisonnable, et je pense que nous pouvons fonctionner de façon officielle en tenant compte de ce point de vue. Cela nous semble très bien.

M. Epp: C'est ce que je voulais. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Avez-vous d'autres remarques? Monsieur Schroder.

[Text]

Mr. Schroder: What we could propose is possibly sitting Tuesday morning, then adjourn and start clause by clause the next day.

Mr. Breau: We agree so you had better stop the discussion.

The Chairman: Before they disagree.

Mr. Breau: The way this is going we are going to pick a fight. You had better stop this discussion.

Mr. Epp: I just wondered where I could and I have not found out yet.

• 1050

The Chairman: I believe the consensus is that we will hear the Minister on Tuesday morning, which will take perhaps the whole morning starting at 9.30 a.m., or as long as the committee wishes, open up for the whole morning and we will start clause by clause on the Wednesday afternoon. Is that agreed?

An Hon. Member: Agreed.

Mr. Epp: Mr. Chairman, that is agreeable. That is agreeable with me, pretty well what I said when I started out.

The Chairman: All right. Are there any other matters?

Dr. Evans, I wish to welcome you here today. I am glad you were able to come. I apologize for the delay, but we have had a very busy schedule and I know we have had—if I may say so—a difficult time in trying to get our schedules together. You have been a very busy man out in western Canada and elsewhere, but we are pleased to have you here. Your reputation has certainly preceded you and we are looking forward with interest to what you have to tell us this morning.

Mr. McCauley: You might want to ask him to clarify that.

The Chairman: Dr. Evans.

Professor Robert Evans (University of British Columbia): I was not sure whether perhaps I should have just let my reputation come and stayed home myself.

Some Hon. Members: Oh, oh!

Prof. Evans: Then I realized the implication that you have just brought out.

First of all, Mr. Chairman, let me apologize briefly for not bringing before you written comments. The reason is that I was under strict instructions to be short in my own comments and to leave lots of time for questions, and I have a very bad and very well-deserved reputation for what happens when I get a pen in my hand. So I am going to try to restrain myself and I have what seemed to me appropriate under the circumstances, four general points that I would like to make with respect to the Act. Then I would like to briefly fill in under each of those points and try to be finished within the seven to ten minutes, which I was told was my upper limit.

An Hon. Member: You can take as long as you want.

[Translation]

M. Schroder: Nous pourrions proposer de siéger mardi matin, d'ajourner ensuite et de commencer l'étude article par article le jour suivant.

M. Breau: Nous acceptons, vous avez donc intérêt à clore la discussion.

Le président: Avant qu'ils ne soient pas d'accord.

M. Breau: De la façon dont vont les choses, nous allons avoir une bataille. Vous êtes mieux de cesser toute discussion.

M. Epp: Je me demandais où je pourrais le faire, je n'ai pas encore trouvé.

Le président: Je crois que nous avons le consensus pour entendre le ministre mardi matin: il nous faudra probablement tout l'avant-midi si nous commençons à 9h30, nous prendrons le temps que vous jugerez nécessaire. Nous commencerons l'étude article par article du projet de loi mercredi après-midi. Êtes-vous d'accord?

Une voix: D'accord.

M. Epp: Monsieur le président, c'est très bien. Cela me convient puisque ça rejoint ce que j'avais demandé à peu près au départ.

Le président: Très bien. Y a-t-il d'autres questions?

Docteur Evans, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue. Je suis heureux que vous ayez pu venir. Je m'excuse du retard, mais nous avons un horaire très chargé et je sais que nous avons eu—si je peux dire—assez de difficultés à concilier nos programmes. Vous êtes un homme qui avez beaucoup d'occupations dans l'ouest du Canada et ailleurs, et nous sommes très heureux de vous avoir parmi nous. Votre réputation vous a certainement précédé et c'est avec intérêt que nous allons vous écouter ce matin.

M. McCauley: Vous pourriez lui demander de préciser.

Le président: Docteur Evans.

M. Robert Evans (professeur, Université de la Colombie-Britannique): Je n'étais pas sûr si j'aurais simplement dû laisser ma réputation venir et rester moi-même chez moi.

Des voix: Oh, oh!

M. Evans: Je me rends compte des répercussions de ce que vous venez de soulever.

Permettez-moi tout d'abord, monsieur le président, de faire quelques brèves excuses étant donné que je n'ai pas de commentaires écrits. La raison en est qu'on m'a dit très clairement d'être très bref et de laisser beaucoup de temps pour les questions, et j'ai une très mauvaise réputation, bien méritée d'ailleurs, pour ce qui arrive lorsque je mets la main à la plume. Je vais donc me limiter et soulever les quatre sujets généraux qui me semblent appropriés dans les circonstances au sujet de la loi. Je vais ensuite brièvement donner quelques détails sur chacun d'eux pour terminer dans les sept à dix minutes prévues comme étant la limite maximale.

Une voix: Vous pouvez prendre tout le temps que vous voulez.

[Texte]

Prof. Evans: Yes, but I would not want to choke off the questions.

The first point I would like to emphasize and to underline is the significance of the Act itself and the importance of passing it. The previous witness made reference—I think quite correctly—to the fact that there are a great many serious issues in the Canadian health care system which the Act does not address; and one of the members of this committee, Jake Epp, stated in Parliament that it leaves unstated and unaddressed some of the very deep issues affecting the Canadian health care system. That I think is undeniable. There is no question but that that is correct.

If I could be allowed to draw an analogy, it seems to me the situation we are in is one in which medicare is like a boat which is on a fairly rough sea. The boat has a leak. The Act does not provide sailing directions, it does not tell us how to run the boat better, it does not tell us where we ought to be sailing the boat to. These are deep and important issues. But if we do not patch the leak they are not going to be very interesting issues for very much longer because the boat is liable to sink. Under those circumstances, it seems to me that the passage of an Act of this sort is perhaps not a sufficient condition for the reform of the health care system in Canada, certainly could not be, given what is in the Act, but it is clearly a necessary condition.

The second point I want to approach is that these deeper problems are not primarily problems of underfunding, perhaps not at all problems of underfunding. The difficulty is not one of finding ways to get more money into the system. It is rather—that takes me to my third point—the questions of how we go about using more effectively the resources we have already got—and in that I am simply lining up alongside the former Minister of Health of Ontario, Larry Grossman, and the present Minister of Health of Manitoba, Larry Desjardins, who was not able to be here today, and I guess I am also lining up alongside Mrs. Thatcher in England who says that her problem is essentially how to assure value for money in health services. In other words, our problems are managerial and effectiveness and, in the short run, I think they are primarily problems of resource use in the hospital system—how to get better value for money there. In the longer run, they are some very difficult but very important issues of the appropriate use of health manpower. And those, I think, are the areas where, after this Act is passed, we will find we have to start thinking.

The fourth point is that the solution to these problems will require quite a lot of thought and effort and they will require a general degree of co-operation among providers, provincial governments and assistance from the federal government. But the point I want to emphasize is that I do not think that co-operation will come unless this Act is passed. So long as the whole question of extra-billing, user charges, direct privatization, other sources of funds, sole source funding versus fragmented funding sources, so long as those issues remain on

[Traduction]

M. Evans: Oui, mais je ne veux pas empêcher vos questions.

Ce que je voudrais tout d'abord souligner au sujet de la loi c'est l'importance de l'adopter. Le témoin précédent a fait allusion—à juste titre—au fait que la loi ne mentionne pas un grand nombre de questions très sérieuses au sujet du régime canadien de soins de santé. Un des membres de ce Comité, Jake Epp, a déclaré au Parlement que la loi ne mentionne pas, ne soulève pas les sujets très sérieux qui touchent au régime canadien des soins de santé. C'est indéniable, à mon avis. Il n'y a pas de doute que ce soit tout à fait juste.

Si vous me permettez de faire une analogie, il me semble que nous sommes dans une situation où l'assurance-santé est comme un bateau sur une mer plutôt houleuse. Le bateau prend l'eau. La loi ne prévoit pas de directives pour naviguer, elle ne dit pas comment nous pourrions mieux naviguer, elle ne dit pas vers quoi nous devrions diriger le bateau. Ce sont là des questions profondes et importantes. Si nous n'arrivons pas à arrêter la fuite, il n'y aura pas de questions très importantes d'ici très longtemps, car le bateau va couler. Dans les circonstances, il me semble que l'adoption d'une telle loi n'est peut-être pas une condition suffisante pour la réforme du régime de soins de santé au Canada, elle ne pourrait certainement pas l'être, à cause de ce qu'elle contient, mais elle constitue de façon évidente une condition nécessaire.

Le deuxième point que je veux aborder, c'est que ces problèmes profonds ne sont pas principalement des problèmes de sous-financement, peut-être même pas du tout. La difficulté n'est pas de trouver des moyens d'obtenir plus d'argent pour le régime. Il s'agit plutôt—et ça m'amène à mon troisième point—de savoir comment mieux utiliser les ressources dont nous disposons—et dans ce sens je suis de l'avis de l'ancien ministre de la Santé de l'Ontario, Larry Grossman, et de celui du présent ministre de la Santé du Manitoba, Larry Desjardins, qui n'a pu venir aujourd'hui. Je suis probablement dans la même ligne de pensée que M^{me} Thatcher d'Angleterre qui déclare que son problème est essentiellement de s'assurer de la valeur reçue en contrepartie de l'argent investi dans les services de santé. Autrement dit, nous avons des problèmes sur le plan gestion et efficacité, et à court terme ce sont surtout des problèmes d'utilisation des ressources dans le régime hospitalier—comment mieux utiliser l'argent investi. Il y aura à long terme des questions plus importantes quant à l'utilisation appropriée de la main-d'oeuvre pour les soins de santé. Une fois que la loi sera adoptée, ce sont là à mon avis des questions auxquelles il faudra commencer à songer.

Le quatrième point c'est que la solution de ces problèmes exigera beaucoup d'efforts et de réflexion et une bonne dose de coopération entre les pourvoyeurs, les gouvernements provinciaux et l'aide offerte par le gouvernement fédéral. Ce que je voulais souligner surtout c'est qu'on n'obtiendra pas cette coopération à moins que la loi soit adoptée. Pour ce qui est de la surfacturation, des frais modérateurs, de la privatisation directe, d'autres sources de financement, d'une seule sorte de financement comparativement à des sources diversifiées, je ne crois pas, tant que ces questions demeureront sur la table,

[Text]

the table, I do not think we will find a focus of attention on what really are the more fundamental issues.

• 1055

I note that my own province's Minister of Finance has come out calling for a general conference of financial and health Ministers to address the problems of the health system and the funding thereof. I suspect what happened was that the proposed Canada Health Act and the funding issues got his attention and that led him to be interested in a conference. If this Bill were not passed, I suspect his interest would decline considerably.

Now, under the first point, why the Bill is important, there are three sub-points. First, I think the problem it addresses, extra-billing and user charges, are, per se, offensive to the principles underlying medicare. They are offensive because primarily they represent income transfers, taxes on the sick. User charges in my own province, in so far as they are a substitute for higher general taxation, represent a charge to patients which saves money to taxpayers. It does seem to me that a general fiscal transfer system as user charges are, which essentially charges people when they are sick and saves them money on their tax forms, is not a very effective way of distributing the burden of care. It does not seem to me to be terribly equitable.

The same appears to be true with extra-billing in the provinces where that is practised, in that it represents—and I am drawing on the research that has been done on this—a transfer from people who are ill primarily to physicians' incomes. It is primarily an income-generating mechanism.

The first point is that those charges, even at their present level although they are not terribly large, do represent income transfers and do not have much other effect. My own Minister of Finance stated in his budget that he believed hospital user charges do also serve to control abuse of the hospital system. He did not cite any evidence for that and there is a good reason why he did not: I do not think he could find any. I can find a lot of counter-evidence. There is overwhelming evidence to suggest that what drives hospital utilization is the availability of hospital capacity. The utilization rate in B.C. has dropped about 20% in the last 10 years, primarily due to quite energetic, and I think quite successful, efforts to make the hospital system more efficient passing through the Ministry of Health, but user charges have had no connection with that.

The extra-billing is a little more involved as to the question of its impact on utilization. From my reading of the evidence—and it is a reading—I think the balance of the evidence suggests that, indeed, extra-billing does affect the willingness of individuals to contact the medical care system, and thereby it may impede access for some people. But it does not seem to have any controlling effect on overall medical care costs, and

[Translation]

qu'on portera vraiment attention aux questions qui sont vraiment fondamentales.

Je remarque que le ministre des Finances de ma propre province a convoqué une conférence générale des ministres des Finances et de la Santé pour étudier les problèmes des régimes de santé et de leur financement. Ce qui s'est produit, j'imagine, c'est que la Loi canadienne sur la santé proposée et les questions de financement ont attiré son attention et il s'intéresse maintenant à tenir une conférence. Si le projet de loi n'était pas adopté, j'imagine que son intérêt diminuerait de beaucoup.

Au sujet de la première question, pourquoi le projet de loi est important, je trouve trois sous-questions. Premièrement, le problème qui est abordé, la surfacturation et les frais modérateurs, comme tels, vont à l'encontre des principes qui sous-tendent l'assurance-santé. Ils leur portent atteinte car ils représentent surtout des transferts d'impôt, des taxes imposées aux malades. Les frais modérateurs dans ma propre province, en autant qu'ils remplacent des impôts plus élevés, représentent pour les malades un fardeau alors qu'ils épargnent de l'argent aux contribuables. Il me semble qu'un régime général de transfert fiscal comme les frais modérateurs qui, essentiellement imposent des frais aux gens lorsqu'ils sont malades et leur en épargnent dans leur formule d'impôt, n'est pas une façon très efficace de répartir le fardeau des soins. Cela ne me semble pas, à moi, très équitable.

Il semble que la même chose soit vraie de la surfacturation dans les provinces qui la pratiquent, en ce sens qu'elle représente—et je puise à même les recherches qui ont été faites à ce sujet—un transfert d'argent de ceux qui sont malades surtout aux revenus des médecins. Il s'agit principalement d'un mécanisme générateur de revenus.

Je crois tout d'abord que ces frais, même si présentement ils ne sont pas tellement généralisés, représentent un transfert de revenus et n'ont pas vraiment d'autre effet. Mon propre ministre des Finances a déclaré dans son budget qu'à son avis les frais modérateurs des hôpitaux servent également à contrôler les abus dans le système hospitalier. Il n'a pas donné de preuves à cet effet, et il y a de bonnes raisons pour cela: je ne crois pas qu'il puisse en trouver. Je peux très bien trouver des preuves du contraire. Il semble de plus en plus évident qu'on utilise de plus en plus l'hôpital lorsque la capacité existe. Le taux d'utilisation en Colombie-Britannique a diminué de 20 p. 100 au cours des 10 dernières années, à cause surtout des efforts très énergiques, et couronnés de succès, qui ont permis de rendre le système hospitalier plus efficace par le biais du ministère de la Santé, mais les frais modérateurs n'ont pas joué de rôle.

La surfacturation entre davantage en ligne de compte pour ce qui est de sa répercussion sur l'utilisation. J'ai lu les témoignages—il s'agit bien d'une lecture—et je suis d'avis que la surfacturation a vraiment un effet sur l'empressement des particuliers à s'adresser au système des soins de santé, et par conséquent cela peut empêcher certaines personnes d'y avoir accès. Il ne semble pas que la surfacturation ait des effets de

[Texte]

there are several pieces of evidence that flow into that. I think that in and of themselves the extra-billing phenomenon and the user charges in some provinces are warts on the system, but they are small.

The second point is: Will they spread; could they spread; what would happen if they did? I think the answer there is that we do not know for sure that the existing charges will in fact spread. The position I understand Ontario has taken is that they are warts on the system; but to go back to my earlier analogy, all ships leak a bit and you have pumps to clean out the bilge water, and as long as the pumps are functioning smoothly you can take a certain amount of water in the bilges. It may be rather unaesthetic, but it is not something to worry about.

I do not think that is a position you can dismiss out of hand. My concern, I guess, is twofold. First, we do have areas in the country—Alberta and possibly B.C., although it is very difficult to read the B.C. government's intentions—in which public statements by governments suggest they do not really quite understand what the role of the Canadian health care funding system is. David Russell has been quoted in ways that suggest he thinks he is simply running an insurance company. Now, that is very disturbing and that does suggest that extension of private funding is quite possible.

The second point is: If you fail to pass this Bill, having brought the whole issue onto the agenda in a major way, then I think what you have done is make the spread of these kinds of activities much more likely, and if they do spread, then I think the...

The previous witness mentioned the importance of U.S. experience and said we cannot ignore what goes on south of the border. That is quite right. They essentially adopted a fragmented, multi-source, public-private, out-of-pocket financing system at the time we chose to go into medicare. Their experience as a result has been continuous escalation of costs, and that is important because eventually the system which experiences that continuous escalation cracks and major changes take place. I think that is under way in the United States at the present time. But in the meantime, you wind up with a system which is less efficient than ours, much more costly, less equitable and essentially uncontrolled. There is no internal control within the health care system which leads to topping out of costs.

Finally, my third point, and perhaps the most important of the three, is: Even if these types of charges do not spread, even if they are controllable and will remain controlled, they are an enormous distraction.

[Traduction]

contrôle sur l'ensemble des coûts des soins médicaux, et il y a plusieurs preuves à cet effet. Le phénomène de la surfacturation et des frais modérateurs est, en soi, dans certaines provinces, comme des verrues dans le système, mais de petites verrues.

La deuxième question est celle-ci: est-ce qu'elles vont se propager, le peuvent-elles et qu'arriverait-il si c'était le cas? Je répondrai que nous ne savons pas de façon certaine si les frais existants vont prendre en réalité plus d'ampleur. Si j'ai bien compris, l'Ontario a adopté comme position qu'il s'agit de verrues dans le système. Je reviens à ma première analogie, tous les bateaux ont des petites fuites et si on a des pompes, on peut enlever l'eau qui s'accumule dans la cale: quand les pompes fonctionnent bien, on peut se permettre d'avoir un peu d'eau dans la cale. Ce n'est peut-être pas esthétique, mais ce n'est pas inquiétant.

Je ne pense pas que ce soit une position qu'il faille écarter du revers de la main. J'ai une double préoccupation, toutefois, premièrement nous avons des régions au pays—l'Alberta et probablement la Colombie-Britannique, même s'il est difficile de connaître les intentions du gouvernement de la Colombie-Britannique—où les gouvernements ont déclaré publiquement qu'ils ne comprennent pas très bien vraiment le rôle que doit jouer le régime canadien de financement des soins de la santé. On a cité ce qu'a dit Dave Russell, il semble qu'à son avis il s'agit simplement de l'administration d'une compagnie d'assurance. C'est une chose très troublante, elle montre bien qu'il pourrait y avoir une extension du financement privé.

La deuxième question est celle-ci: si vous n'adoptez pas le projet de loi, une fois que la question aurait été portée à l'ordre du jour, et de façon très évidente, il se pourrait que ce genre de mentalité gagne du terrain, et si c'était le cas, je crois que...

Le témoin qui m'a précédé a mentionné l'importance que présentait l'expérience américaine. Il a déclaré que nous ne pouvons ignorer ce qui se passe au sud de notre frontière. C'est tout à fait juste. Ils ont adopté essentiellement un système fragmenté, à sources multiples, publiques et privées, de financement à même leur propre portefeuille, au moment où nous avons choisi l'assurance-santé. Nous avons vu qu'ils ont connu une augmentation ininterrompue de leurs coûts, et c'est important car éventuellement le système de cette augmentation continue des coûts va craquer et des changements importants auront lieu. C'est à mon avis ce qui se produit aux États-Unis présentement. Dans l'intervalle, on en arrive à avoir un système qui est moins efficace que le nôtre, beaucoup plus coûteux, moins juste et qui, essentiellement, échappe à tout contrôle. Il n'y a pas de contrôle interne au sein du système de soins de santé qui conduirait à une limitation des coûts.

Pour terminer, je soulève ma troisième question, la plus importante peut-être des trois. Même si ce genre de changements ne prenaient pas d'ampleur, même s'ils étaient contrôlables et qu'on pouvait toujours les contrôler, ils sont une distraction énorme.

[Text]

• 1100

They monopolize the public policy agenda, the discussions of this committee, the discussions of the House of Commons, to an extent that I think is out of all proportion to their importance relative to the other issues in the health care system. We are not going to get to those other issues unless we clear these off the agenda.

Now, my second major point. I said the primary problem in this area is not really money. Yet you have been told over and over again, I understand, that the system is underfunded. Well, the evidence for that is predominantly international comparisons with other countries that spend higher proportions of their income on health care; and they certainly do. Every one of those other countries regards its system as overfunded and thinks it is in a cost crisis and is desperately trying to do something about it. So it is not obvious to me that it is Canada which is out of line. It seems to me you might very well argue that the international comparisons suggest we are doing something right, rather than that we are doing something wrong.

The other form of evidence that is offered is the anecdotal stuff: allegations that problems are arising at various points in the system because of insufficient resources. But globally I think there is not good evidence to suggest that efficacious health care interventions are being let go by in Canada because of insufficient resources.

Finally, the nature of the evidence which you have been hearing on this subject I think is important. What you have to remember is that as a matter of accounting definition, as a matter of the laws of arithmetic and not of, say, my personal opinions or of economic theory, every dollar which you spend on health care is simultaneously a dollar of income for somebody who is involved in the provision of health care. That is a definition; it is an accounting identity. That means that everyone who says the system is underfunded and needs more money is simultaneously arguing that the incomes of people in that sector are insufficient either in amount or in number. They are arguing for an income expansion policy, essentially.

My position on that is first of all I think the evidence is inadequate to support that; but secondly, if you do go down the road of expanding funding, you will face exactly the same problems at 10% of GNP as you now face at 8.5%, the Americans now face at 10.5%, as was argued at 7%. The level you choose does not matter; the system will continue to look for more money.

The third point, on value for money: what kind of issues or evidence would one bring to bear there? First of all, we have a lot of specific evidence of possibilities for improving the quality and the quantity of care provided at lower cost. Your previous witness I think very nicely brought out one class of those issues, pointing to ways in which you could lower the costs of

[Translation]

Ils monopolisent le débat public, les discussions à ce Comité, les discussions à la Chambre des communes, de façon tout à fait exagérée face à leur importance par rapport aux autres questions concernant le système des soins de santé. Nous n'allons pas pouvoir aborder ces autres questions à moins que nous ne les supprimions de l'ordre du jour.

Le deuxième point important que je voulais soulever est celui-ci. J'ai déclaré que la principale difficulté dans ce domaine n'est pas vraiment l'argent. Cependant, je crois comprendre qu'on vous a dit à de nombreuses reprises que le système est sous-financé. C'est évident surtout si on fait des comparaisons sur le plan international avec d'autres pays qui dépensent beaucoup plus proportionnellement à leurs revenus pour les soins de santé, et c'est le cas. Chacun de ces autres pays voit son système comme étant surfinancé; ils sont d'avis qu'il y a une crise des coûts et ils essaient désespérément de faire quelque chose à ce sujet. Par conséquent, il ne leur semble pas évident que ce soit le Canada qui ne soit pas dans la bonne voie. Vous pourriez très bien prétendre, à mon avis, que les comparaisons internationales montrent bien que nous faisons quelque chose qui est bien et non pas qui est mauvais.

Parmi les autres preuves offertes se trouvent les anecdotes: les allégations voulant que les problèmes surgissent à divers endroits dans le système à cause d'une insuffisance de ressources. Je crois que dans l'ensemble, cela ne suffit pas pour prétendre qu'on ne fait pas d'interventions efficaces de soins de santé au Canada à cause de ressources insuffisantes.

Finalement, je crois qu'il est important de voir quelle est la nature des preuves qu'on vous a fournies sur le sujet. Il faut vous souvenir que comme définition comptable, comme loi d'arithmétique et non pas comme mon opinion personnelle ou une théorie économique, chaque dollar que vous dépensez pour les soins de santé devient simultanément un dollar de revenu pour quelqu'un d'engagé dans la prestation des soins de santé. C'est là une définition, une entité comptable. Cela signifie que tous ceux qui ont prétendu que le système n'était pas suffisamment financé et qu'il lui fallait davantage d'argent prétendent simultanément que les revenus des gens de ce secteur sont insuffisants soit comme montant, soit comme nombre. Ils préconisent comme étant essentielle une politique d'expansion du revenu.

Je dirais tout d'abord qu'à mon avis il n'y a pas de preuves suffisantes pour le croire, et que deuxièmement si on décidait d'accorder un financement plus important, on ferait face au même problème qu'on ait un produit national brut de 10 p. 100 ou un PNB de 8.5 p. 100; les Américains avec 10.5 p. 100 font face maintenant à la même chose qu'avec 7 p. 100. Le niveau qu'on choisit n'a pas vraiment d'importance, le système continuera à exiger de l'argent.

Troisièmement, quant à la valeur de l'argent, quelle sorte de questions ou de preuves peut-on soulever à l'appui ici? Premièrement, nous avons bien des preuves précises quant aux possibilités d'améliorer la qualité et la quantité des soins offerts à un coût moindre. Le témoin précédent a très bien mis en lumière une catégorie de ces questions, en soulignant des

[Texte]

chronic in-patient care and improve the quality of the outcome. I think those examples could be multiplied. I know of particular examples from my own work and that of my colleagues. I think there are many more you could get by talking to people in the health care system.

So we have a lot of possibilities for improving the efficiency of the existing system and getting better value for money. Secondly, we have general evidence that it is overall cost pressures which induce people in health care to develop these alternatives; if you do not provide pressure on budgets, you will not get the efficiency responses. It is simply not the case that if you provide more resources you wind up with efficiency improvements. If you provide more resources you do not get the improvements.

The third point under value for money is that if we do not look at the manpower issue in a very serious way, we will never get out of, in the long run, the deep issues that Mr. Epp has mentioned, because we are currently in a situation in which the supply of physicians is rising about 1.5% per year faster than the general population in Canada. Again as a matter of the laws of arithmetic, if that continues, as it shows every likelihood of continuing through the indefinite future—if that continues, logically you must either increase the proportion of income you spend on medical care or you must reduce the average incomes of physicians; because of course the incomes of physicians equal the medical care cost. So there is no way around that box which we have been placed in by past manpower policies—and I think my own province is probably as guilty as any in that regard. Whether or not we are at a current level of sufficient—surplus—deficit of physicians, the trend imposes its own mathematical logic. You cannot have it both ways. My own view is that the evidence supports a surplus of physicians at the present time and we therefore need somehow to deal with that problem.

Finally, on the same issue, the manpower substitution, the problem of substituting less expensive for more expensive classes of manpower, again, so long as you continue to turn out physicians at a faster rate than the population is growing, you will foreclose opportunities for substitution. The mathematics bind you.

Incidentally, one ratio which is rarely quoted in these discussions, since most things are ratios to population, is the ratio of physicians per hospital bed. If you look at that statistic over the last 10 years, you find that there has been a very rapid increase in the supply of physicians per hospital bed, or per hospital capacity, however measured. What that indicates is that physicians are finding it more and more difficult to get access to hospital space, because the hospitals are being contained relative to the population, while physicians are going up. There is where your pressure arises which feeds back in the

[Traduction]

façons de diminuer les coûts des soins donnés aux malades chroniques hospitalisés et d'améliorer la qualité du rendement. On pourrait multiplier les exemples de ce genre. J'en connais par exemple dans mon propre travail et dans celui de mes collègues. On pourra en obtenir davantage en parlant à des gens qui font partie du système de soins de santé.

Il y a donc un grand nombre de possibilités qui existent pour améliorer l'efficacité du système actuel et pour obtenir une meilleure valeur en contrepartie de l'argent dépensé. Deuxièmement, nous avons des preuves d'ordre général que l'ensemble des pressions qu'exercent les coûts poussent les gens engagés dans les soins de santé à trouver ces solutions de rechange. Si on n'exerce pas de pressions sur les budgets, on n'obtiendra pas de réactions efficaces. Ce n'est pas du tout vrai que si on prévoit davantage de ressources, on améliore de beaucoup l'efficacité. Si on offre davantage de ressources, on n'obtient pas d'améliorations.

La troisième question concernant la valeur reçue en contrepartie de l'argent dépensé c'est que nous n'examinons pas la question de la main-d'oeuvre d'une façon très sérieuse, nous n'allons jamais nous éloigner à long terme des questions très sérieuses que M. Epp a soulevées, car nous nous trouvons présentement dans une situation où le nombre de médecins augmente de 1.5 p. 100 par année plus vite que la population générale du Canada. C'est encore une loi de l'arithmétique, si ça continue, et il semble bien que ce sera le cas pour l'avenir imprévisible—il faudrait logiquement augmenter la portion des revenus qu'on dépense pour les soins de santé ou réduire les moyennes de revenu des médecins, car évidemment les revenus des médecins se comparent aux coûts des soins médicaux. Par conséquent, vu qu'on ne peut pas contourner cette situation où nous nous trouvons depuis que les politiques de main-d'oeuvre passées ont été adoptées—et je crois que dans ma propre province nous sommes aussi coupables que les autres sous ce rapport. Quant à savoir si oui ou non nous sommes présentement au niveau d'un excédent—d'un surplus—d'un déficit de médecins, la tendance nous impose sa propre logique mathématique. On ne peut pas tout avoir. A mon avis, il semble évident qu'il y a un surplus de médecins actuellement et il nous faut par conséquent traiter de ce problème.

Pour terminer, et sur le même sujet, la substitution de la main-d'oeuvre, le problème du remplacement de catégories de main-d'oeuvre moins coûteuses par de plus coûteuses, là encore, tant que nous continuerons à former des médecins plus rapidement que la population ne croît, nous nous interdisons toute possibilité de substitution. Nous sommes liés par les mathématiques.

Incidentement, un des coefficients qui est rarement mentionné dans les discussions, c'est le coefficient de médecins par lit d'hôpital. Si l'on regarde les statistiques des dix dernières années, on se rend compte qu'il y a eu une augmentation très rapide du nombre de médecins par lit d'hôpital, ou de la capacité d'hôpital, quelle que soit la façon dont on le mesure. Cela me semble indiquer que les médecins trouvent de plus en plus difficile l'accès à l'espace hospitalier, car les hôpitaux sont limités par rapport à la population, alors que chez les médecins le nombre augmente. Cette situation entraîne des pressions, ce

[Text]

statements that the system is underfunded. Individual physicians perceive it as such because they perceive themselves facing ever more constrained resources. Of course, from the individual's perception, that is true; but, from the global perception, it is not.

• 1105

Now, finally, the possible solutions: While they are manifold, and I think it would not be proper for this committee or for this Bill to try to address them, certainly not at this time, I think they fall into two categories. One is finding ways of using existing information more effectively through co-operation principally between physicians and other health providers and provincial governments, and that use of available information means making much better use of the research we already have. The previous witness called for more research. I could not agree more, but an enormous amount of research evidence currently available tells us how we could do the job better. That evidence is not taken up for a variety of reasons, mostly coming back to the fact that nobody in the system at present has any particular incentive to use the information. Nobody wants to innovate himself or herself out of a job.

The way to get to that is not clear at this point. I think it is the next stage in the evolution of our institutions in the Canadian health care system, but I am fairly clear that we will not take those steps so long as provincial governments are distracted by the notion that they can always externalize costs onto the patients if times get too tough and anyway they are not really answerable for what they do in terms of funding and so long as physicians harbour the notion that one way or another they can reprivatize the system and move it back to the expansionary U.S. mode. So long as both parties keep those ideas in mind I think you will not get the co-operation that is needed.

The second major thrust has to do with the development of institutional incentives, the development of new players in this field, if you like. Here I would point to the Ontario Health Services Organizations as ways of mobilizing medical services that do not have the same incentives as fee for service and show some promise of using less hospital space. I would point to the efforts the Ontario and the Alberta governments are making to look at for-profit management in hospitals—again a highly questionable area.

The point is that it is a way of bringing in new players, new institutions with new incentive patterns. It may or may not work—it is a very experimental area . . . but it represents ways of trying to deal with the existing structure that would get at some of those deep problems that Mr. Epp mentioned. In the meantime, though, I think we have to close off this diversion, this issue of direct charges.

[Translation]

qui crée en retour des affirmations selon lesquelles le régime est sous-financé. Les médecins eux-mêmes ont cette impression, car ils disposent de ressources de plus en plus limitées. Du point de vue de chaque médecin, cette perception est exacte, mais elle ne l'est pas du point de vue global.

Je vais maintenant finir par parler des solutions possibles. Même si elles sont multiples, elles tombent toutes dans deux grandes catégories. À mon avis, il n'incombe ni au Comité ni au projet de loi d'essayer d'examiner toutes ces solutions, du moins pas en ce moment. Il s'agit tout d'abord d'utiliser plus efficacement les renseignements qui existent, grâce à une collaboration entre les médecins, les autres organismes de prestation de services de santé et les gouvernements provinciaux. Cette solution suppose également une meilleure utilisation des travaux de recherche qui existent déjà. Le témoin précédent a exigé davantage de recherche. Je suis tout à fait d'accord, mais il existe déjà énormément de recherche qui nous indique comment on pourrait faire mieux. On ne donne pas suite à cette recherche, surtout parce que personne qui participe au régime en ce moment n'a de stimulant particulier pour utiliser les renseignements. Personne ne veut être tellement innovateur que cela aboutisse à la disparition de son emploi.

Il n'est pas clair comment résoudre ce problème en ce moment. À mon avis, il s'agit de la prochaine étape dans l'évolution de nos institutions de soins de santé au Canada, mais je suis assez convaincu que nous ne prendrons pas ces mesures tant que les gouvernements provinciaux continueront de penser qu'ils peuvent toujours faire payer les malades. Ils ont également l'impression qu'ils ne sont pas vraiment obligés de rendre des comptes pour ce qui est du financement, tant que les médecins pensent que le régime peut redevenir partie du secteur privé, en suivant l'exemple des États-Unis. Tant que les deux parties en cause garderont ces notions, la collaboration nécessaire n'existera pas à mon avis.

La deuxième grande catégorie de solutions porte sur la mise en place de stimulants pour les établissements, c'est-à-dire la mise en place de nouveaux protagonistes. Je vous cite comme exemple les organismes de services de santé de l'Ontario, qui fournissent des services médicaux sans avoir le stimulant de la rémunération à l'acte. Il se peut même que ces organismes utilisent moins d'espace dans les hôpitaux. Je tiens à signaler également les efforts faits par les gouvernements de l'Ontario et de l'Alberta pour mettre en place une gestion des hôpitaux qui vise à faire des bénéfices. Il s'agit là encore d'un domaine très douteux.

Ce qui est important, c'est qu'il s'agit là d'une façon de mettre en place de nouvelles institutions, de nouveaux protagonistes, ayant de nouveaux stimulants. Il s'agit d'un domaine très expérimental, et il se peut que les initiatives ne soient pas couronnées de succès, mais au moins on fait des efforts pour changer la structure actuelle pour régler certains des problèmes profonds auxquels M. Epp a fait allusion. Je pense, pourtant, qu'entre-temps il faut régler la question des frais directs.

[Texte]

The Chairman: Thank you, Dr. Evans.

We will start with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

I want to welcome our witness.

One finds it rather strange having one's words quoted back to one and having to question, but I would like just to follow up on the point you made—namely, the setting of the agenda—which to my way of thinking is more important than the Bill before us. That has been evidenced by a number of remarks I have made in the past.

It is obvious that you are saying the co-operative effort will fail unless these two issues of extra-billing and user fees are put behind us. Are you convinced this bill will do it?

Prof. Evans: No, I am not. One cannot at this point say for sure that this Bill will be sufficient to do that, but I think you can say that the absence of this Bill will certainly leave us in a much worse position. The Bill offers the possibility of achieving the result we want and at worst leaves us no worse off than we were before. It establishes the principle that these are problems to be dealt with rather than an acceptable way of funding health care and it establishes the principle that provinces that use these routes are to be penalized.

If the penalties are not effective, I think we are very much in the same position as the seatbelt legislation we were talking about before. The fact that it is difficult to enforce seatbelt legislation . . . In my province, where it is fairly well enforced, they still claim only 70% compliance. Still, it is a whole lot better than not having seatbelt legislation.

Mr. Epp: A lot of argument has been made in terms of the fact that user fees, extra-billing . . . that is, as a percentage of the total budget . . . are dropping. Some people obviously use that argument to make the case that the Bill is unnecessary. Others will use the argument, as Mr. McCauley did yesterday, that one has to look at the specific discipline. He used the word opting-out. It is not quite the same thing, but obviously opting-out in many provinces is a first step to extra-billing. Other than in those disciplines, extra-billing is not the problem that people make it out to be.

• 1110

What is your experience from people you have spoken to? Is it a basic attitude you are expressing, an observation? Do you have evidence to back it up—I mean do you have hard, scientific evidence? Is it an attitudinal point that you are trying to make; namely, that if extra-billing is not removed through this Bill then in fact extra-billing will increase? Your premise seems to be that if we do not pass the Bill, then we will be in a worse situation than if the Bill had never seen the light

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Evans.

Je vais d'abord donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Je tiens tout d'abord à souhaiter la bienvenue à notre témoin.

Il est un peu bizarre d'être obligé de poser des questions après avoir été cité soi-même. Mais j'aimerais quand même poser des questions au sujet de l'établissement d'un calendrier de travail, ce qui est beaucoup plus important que le projet de loi à mon avis. C'est un commentaire que j'ai déjà fait à plusieurs reprises par le passé.

Il est évident que vous êtes d'avis qu'il n'y aura pas de collaboration si on ne règle pas les deux questions de la surfacturation et des frais modérateurs. Êtes-vous persuadé que le projet de loi réglera ces deux problèmes?

M. Evans: Non. On ne peut pas dire en ce moment que le projet de loi saura régler ces problèmes, mais on peut certainement dire que si le projet de loi n'est pas adopté, notre position sera encore pire. Au mieux, le projet de loi nous donne la possibilité d'atteindre le but voulu, et au pire, il n'aggrave pas la situation. Le projet de loi ne propose pas une méthode adéquate de financement des soins de santé, mais il reconnaît les problèmes, et établit le principe que les provinces qui ont recours à la surfacturation et aux frais modérateurs vont subir des sanctions.

Si les sanctions ne sont pas efficaces, je pense que nous nous trouvons un peu dans la situation qu'on avait pour ce qui est de la loi qui rendait obligatoire l'utilisation des ceintures de sécurité. Comme nous le disions tout à l'heure, il est difficile de faire respecter cette loi. Dans ma province, où on réussit assez bien à faire respecter la loi, il n'y a que 70 p. 100 de la population qui utilise les ceintures de sécurité. Quoi qu'il en soit, il vaut mieux avoir cette situation que de ne pas avoir du tout une loi concernant les ceintures de sécurité.

M. Epp: On nous dit souvent que les frais modérateurs et la surfacturation représentent des proportions de moins en moins importantes du budget total. Certains concluent que le projet de loi n'est donc pas nécessaire. D'autres prétendent, comme M. McCauley l'a fait hier, qu'il faut regarder les différentes disciplines. Il a parlé de médecins désaffiliés. Il s'agit d'une notion un peu différente, mais il va sans dire que dans beaucoup de provinces le fait de se désaffilier constitue le premier pas vers la surfacturation. À l'exception de certaines disciplines, la surfacturation ne constitue pas un problème aussi grave qu'on le prétend.

D'après les commentaires qu'on vous a faits, est-ce qu'il s'agit d'une attitude de base? Avez-vous des preuves scientifiques pour appuyer vos points de vue? Voulez-vous nous dire qu'il existe une attitude voulant que si la surfacturation n'est pas éliminée grâce à ce projet de loi, la surfacturation va devenir de plus en plus fréquente? Vous semblez dire que si l'on n'adopte pas le projet de loi, la situation sera pire que si le

[Text]

of day. Is it attitudinal? What do you base it on other than attitude?

Prof. Evans: Okay. It is attitudinal, yes, at one level. But I would say it is more than on what our attitude is based, after all. My concern is that the original four points were always somewhat ambiguous, or at least subject to debate as to just what "universal access" meant. There was a strong viewpoint which said that universal access did not include user charges and extra-billing; there was obviously another viewpoint that said yes it did, that indeed these were consistent with the principles of medicare.

If you bring the issue to a head, as has now happened, and you address it in terms of this Bill, then if the Bill does not go through, then essentially the debate has been resolved and it has been decided that indeed extra-billing and user charges are part of the Canadian health care system.

Then I look at my own government and the Government of Alberta and I try to read what the significance is of the public statements of the Ministers involved. I draw from that the conclusion, the suspicion, the fear, that in both of those provinces this essential ratification of their position would be to an expansion of those kinds of direct billing. That is what concerns me.

Mr. Epp: That might not necessarily be in evidence. If you look at your own province, Professor, if you look at the recent budget, it is not a direct billing, it is not a direct user-charge; it is a surcharge on the income tax system because of this bill.

Prof. Evans: That is correct.

Mr. Epp: The evidence might not be a direct charge, but rather a tax system which British Columbia has now introduced in its budget.

Prof. Evans: Let me try to distinguish that. There are two quite different taxes referred to in the budget: one which is being imposed, one which is being suggested. The one which is suggested is a hypothetical one. It says that B.C. would consider removing all the user-charges on acute care and substituting a charge administered through the income tax—but not a surcharge on the income tax—which would be on a per-family-member basis; in other words, substituting a poll tax administered through the income tax for the user charges in hospital. That is point one.

Mr. Epp: That tax was not imposed.

Prof. Evans: No. The one which was imposed was, as you say, a pure surcharge on the income tax and has, I believe, little or no connection with the problems of funding medicare—I know that is not how it has been presented—or the question of user charges.

What has happened in B.C. is that we have been presented with an estimate of a very large deficit this year and a forecast of a deficit which is not so large next year. Of course, if you have read the fine print on the budget, you discover that next

[Translation]

projet de loi n'avait jamais été présenté. S'agit-il simplement d'une attitude, ou y a-t-il d'autres facteurs qui entrent en jeu?

Le prof. Evans: J'admets qu'il s'agit d'une attitude dans une certaine mesure. Mais il ne s'agit pas uniquement d'une attitude. J'ai toujours pensé que les quatre principes originaux étaient toujours un peu ambigus, ou du moins discutables, quant à la définition d'«accès universel». Certains prétendaient avec vigueur que l'accès universel n'était pas compatible avec les frais modérateurs et la surfacturation; d'autres prétendaient le contraire.

Si une situation devient critique, et tel est le cas à l'heure actuelle, et si vous présentez un projet de loi pour essayer d'y faire face, et si le projet de loi n'est pas adopté, la question sera réglée et l'on aura décidé que la surfacturation et les frais modérateurs font bel et bien partie du régime de soins de santé au Canada.

Dans le cas des gouvernements de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, j'essaie de comprendre la teneur des déclarations publiques faites par les ministres. Je crains que dans le cas de ces deux provinces, ces deux pratiques deviendraient plus fréquentes si le projet de loi n'était pas adopté. Voilà ce qui m'inquiète.

M. Epp: Il n'y a pas forcément de preuves pour étayer votre hypothèse. Dans le cas de votre propre province, la Colombie-Britannique, le dernier budget ne propose pas de facturation directe ni de frais modérateurs directs. Il s'agit plutôt d'une surtaxe imposée à même le régime fiscal.

Le prof. Evans: C'est exact.

M. Epp: Donc il n'y a pas de preuves qu'il y aura des frais directs. Il se peut qu'il y ait plutôt un changement du régime fiscal, semblable à celui que la Colombie-Britannique vient de présenter dans son budget.

Le prof. Evans: Il est important de savoir que le budget fait allusion à deux taxes bien distinctes, dont une est déjà imposée et l'autre est proposée. La taxe proposée est une taxe hypothétique. Selon la proposition, la Colombie-Britannique envisagerait la possibilité d'éliminer tous les frais modérateurs dans le cas de soins actifs pour les remplacer par une taxe par habitant, qui serait administrée par le régime fiscal. Il ne s'agit pas d'une surtaxe sur l'impôt sur le revenu. Autrement dit, les frais modérateurs imposés par les hôpitaux seraient remplacés par une capitation administrée par le régime fiscal. Voilà le premier point qu'il faut retenir.

M. Epp: Cette taxe n'a pas été imposée.

Le prof. Evans: La taxe qui a été imposée était une surtaxe sur l'impôt sur le revenu, qui n'a pas ou peu de liens avec les difficultés de financement de l'assurance médicale ou la question des frais modérateurs. Je sais très bien que le gouvernement n'a pas présenté la surtaxe de cette façon.

En Colombie-Britannique, on prévoit un déficit très important cette année, et l'on prévoit un déficit moins important l'année prochaine. Si on lit toutes les clauses du budget, on constate que plus de la moitié de la réduction du déficit de

[Texte]

year's deficit is more than half accounted for by a repayment of loans to the B.C. Railway, which is a capital transaction—as one of my colleagues put it—laundered through the resources fund.

Under all parties, B.C. budgetary accounting has always been rather creative, and it has been particularly creative in the year just following an election. The standard pattern is to create an enormous sense of deficit, and two or three years later, large amounts of money will be found under a cabbage leaf.

Mr. Epp: But I must say, Professor, these British Columbi-ans generally respond favourably to the cabbage leaf.

Prof. Evans: Oh, yes. Oh, they do. There is no question about it. But I think, first of all, the deficit is partly contrived by elaborate accounting. Second, to the extent that it is there, it is there as a result of world economic conditions in the well known downturn. But third, B.C. Railway, B.C. Hydro are building well ahead of demand—everybody said it was doing so at the time and they did it anyway; B.C. Transit Commission, the Northeast Coal problem—the the Japanese have decided that, since they are not building cars, maybe they do not need so much coal. We have a whole series of projects which are imposing serious costs on the B.C. government. They are looking around for a way to justify the increased taxes to support earlier mistakes—certainly earlier problems—and medicare, being the most popular program in B.C. as in the rest of the country, makes a natural stalking-horse for those taxes.

• 1115

Mr. Epp: We could get into British Columbia politics some more, because I enjoy that . . .

Prof. Evans: I hope so.

Mr. Epp: —but I will get back to the bill. All I am pointing out with the 8% surcharge is obviously there are different ways of raising “funds either to replace in whole or in part the user charges” you now have.

Prof. Evans: Sure there are, but that is not what is going on in British Columbia.

Mr. Epp: That is about 50% of the proposition. What I would like to ask you then is: if the extra-billing is removed, and the provinces come around to the viewpoint that because of the penalties and the politics involved—because obviously that is your interest as well . . . you cannot leave the money on the table because as soon as the opposition will ask for other projects, the government will say they cannot afford it. They will say that you are leaving this money on the table, if you would remove extra-billing and/or user fees, you would get this money and you could afford these projects.

Prof. Evans: Right.

[Traduction]

l'année prochaine découle du remboursement de prêts à *B.C. Railway*. Comme l'un de mes collègues l'a dit, il s'agit d'une opération en capital payée à même le fonds de ressources.

Quel que soit le parti au pouvoir en Colombie-Britannique, la comptabilité budgétaire a toujours été plutôt innovatrice, surtout dans l'année suivant les élections. La tendance normale est de donner à la population l'impression qu'il existe un déficit énorme, et ensuite de trouver par hasard des sommes importantes.

M. Epp: En général, la population de la Colombie-Britannique semble réagir très favorablement à la découverte de ces sommes d'argent importantes.

Le prof. Evans: Oui, bien sûr. Il n'y a pas de doute là-dessus. Mais tout d'abord, à mon avis, on s'arrange en partie pour avoir un déficit énorme grâce à une comptabilité un peu fantaisiste. S'il y a un déficit, c'est bien à cause de la récession mondiale. De plus, les projets de construction de la *B.C. Railway* et de la *B.C. Hydro* dépassent beaucoup la demande. Tout le monde le leur a signalé, mais ils sont allés de l'avant quand même. Il y a également des difficultés du côté de la *B.C. Transit Commission* et *Northeast Coal*. Les Japonais ont décidé qu'ils n'auront peut-être pas besoin d'autant de charbon, étant donné qu'il ne fabrique pas autant de voitures. Il existe toute une gamme de projets qui entraînent des coûts importants pour le gouvernement de la Colombie-Britannique. Le gouvernement cherche à justifier l'augmentation des taxes pour payer ses erreurs précédentes et ses problèmes précédents. Étant donné que l'assurance médicale est le programme le plus populaire en Colombie-Britannique et partout au pays, elle constitue un bon prétexte pour l'imposition de ces taxes.

M. Epp: J'aimerais parler plus longuement de la politique en Colombie-Britannique, parce que cela m'amuse . . .

M. Evans: Je l'espère.

M. Epp: Mais je vais en revenir quand même au projet de loi. Je tiens simplement à signaler, grâce à l'exemple de la surtaxe de 8 p. 100, qu'il y a différentes façons de mobiliser des fonds pour remplacer entièrement ou en partie les frais modérateurs.

M. Evans: C'est certain, mais ce n'est pas ce qui se passe en Colombie-Britannique.

M. Epp: Il s'agit d'environ 50 p. 100 de la proposition. J'ai une autre question à vous poser. Si on élimine la surfacturation, croyez-vous que les provinces décideront—à cause des sanctions et à cause de l'aspect politique de la question—qu'il faut dépenser l'argent supplémentaire dont elles disposeront, car autrement l'opposition va exiger que l'argent soit dépensé pour financer d'autres projets.

M. Evans: Oui.

[Text]

Mr. Epp: At least if I understand my politics, that might happen someday. Having put forward that proposition, and keeping in mind now the attitudinal situation of any professional—I am not only talking about a doctor or a nurse, I am talking about a professional in any walk of life—there is a very real, though nebulous relationship between remuneration, opportunity, working conditions, and possibly more important than anything and most difficult to measure, the idea that society in fact appreciates the work you are doing. What do you see in the Bill? A university professor is possibly the only one who is excepted to it, even though I am not sure about that.

Prof. Evans: I am hearing what you say with deep feeling.

Mr. Epp: My question to you then is: If that route is taken, as the Bill takes that route, do you have any suggestions to us how to meet, in other sections of the Bill, that professionalism which I know is resident in our health care providers? What suggestion do you have for us that at least, in part, we can address the other side of that equation, that if on the one hand we take away the extra-billing opportunities, there must be a balance on the other side?

Prof. Evans: I think you are coming at this rather too much as an Ontarian. I live in a province . . .

Mr. Epp: Do not accuse me of that, because then I would be in trouble . . .

Prof. Evans: Wait a minute, I come from a province where . . .

Mr. Epp: —that is the ultimate putdown for a westerner.

Prof. Evans: If you live in British Columbia it is, as you know, user charges, not extra billing. I do not find the level of professionalism or the level of professional frustration among British Columbian physicians greater than it is among Alberta or Ontario physicians. I believe you have had evidence presented to you that suggests that even in Alberta, where something like 45% of physicians are extra-billing, still the vast bulk of the money is being taken by a relatively small group among the physicians.

I would suggest to you that in fact extra-billing may be more dangerous to professional morale over the longer view, because what it essentially says is that the chaps who do not extra bill either because they live in communities where this is not as feasible, or because they have professional scruples about it, are consistently economically penalized relative to their colleagues who do. I do not think it is appropriate to set up a system which—to quote a great, but dead economist Sir Denis Robertson, which is always safest—he said the business of the economist is to economize on love; lest you misinterpret that, what he meant was the unselfish interest we have in our neighbours. We do not wish to set up economic incentives which systematically penalize the chaps who are trying to be decent. It seems to me under the present rules, that is what we are doing. I do not find a close connection between professionalism, professional commitment and the ability to bill one's

[Translation]

M. Epp: Si je comprends bien la politique, cela pourrait se passer un jour. Je veux maintenant parler des attitudes de n'importe quel professionnel—non seulement un médecin ou une infirmière. Il existe un lien réel, même s'il est vague, entre la rémunération, les possibilités d'avancement, les conditions de travail, et la reconnaissance de la société, ce qui est peut-être le facteur le plus important, et celui qui est le plus difficile à mesurer. Quelle sera l'incidence du projet de loi à cet égard? Les seules exceptions à la règle que je viens d'énoncer sont peut-être les professeurs d'universités, même si je n'en suis pas certain.

M. Evans: Je suis bien placé pour comprendre ce que vous voulez dire.

M. Epp: Ma question est donc la suivante: si le projet de loi est adopté, pensez-vous qu'on pourrait rajouter d'autres articles pour tenir compte du professionnalisme des travailleurs dans le domaine de la santé? Avez-vous des propositions à nous faire? Car si d'un côté nous éliminons la surfacturation, il faudrait également rétablir l'équilibre en tenant compte du professionnalisme.

M. Evans: À mon avis, vous examinez trop le problème du point de vue d'un Ontarien. J'habite une province . . .

M. Epp: Il ne faut pas faire une telle accusation, autrement je vais avoir des ennuis . . .

M. Evans: Attendez un instant. J'habite une province où . . .

M. Epp: Il s'agit de l'insulte la plus grave qu'on puisse faire à quelqu'un de l'Ouest.

M. Evans: Comme vous le savez, le problème en Colombie-Britannique n'est pas la surfacturation, mais plutôt les frais modérateurs. À mon avis, ni le degré de professionnalisme, ni le degré de frustration chez les professionnels de la santé n'est plus élevé chez les médecins de la Colombie-Britannique que chez les médecins de l'Alberta ou de l'Ontario. Je pense que vous avez entendu des preuves selon lesquelles même en Alberta, où 45 p. 100 des médecins ont recours à la surfacturation, la plupart de cette surfacturation est imposée par un groupe relativement restreint de médecins.

Je dirais même que la surfacturation risque de nuire davantage au moral professionnel à long terme. L'application de la surfacturation est que les médecins qui n'y ont pas recours, soit parce qu'ils habitent des régions où ce n'est pas possible, ou parce qu'ils ont des scrupules professionnels, seront toujours pénalisés du point de vue économique par rapport à leurs collègues qui imposent une surfacturation. Je vais maintenant citer un grand économiste, sir Denis Robertson, qui est mort . . . Il est toujours plus sûr de citer un économiste mort. Il a dit que le rôle de l'économiste est d'être parcimonieux en amour, qu'on s'entende bien, il s'agit de l'amour du prochain. À mon avis, il ne convient pas de mettre en place un tel régime, qui pénalise de façon systématique ceux qui essaient de penser aux autres. À mon avis, c'est précisément ce que fait le régime actuel. Je ne vois pas de lien étroit entre le professionnalisme, l'engagement professionnel, et la

[Texte]

patients. The most professional and competent physicians I know . . .

Mr. Epp: So when the medical profession says that it is not monetary—and I am not arguing for some that it is not a monetary issue—but I would like to think—and you can say it is an Ontario viewpoint, even though I think a lot of my colleagues in my caucus would argue that my viewpoint is not Ontario enough, but too western—are you literally putting aside the argument that some have put forward to me . . . and by the way, not only from Ontario but from Manitoba, from British Columbia, from every province—and that is, the professionalism, the right to take that action as a professional, not the extra-billing, but having the right to extra bill?

• 1120

Prof. Evans: Yes. I guess I am putting aside the argument that professionalism is tied up with extra billing. I think there is a very serious question of professionalism and a professional commitment, and I think it is a problem which is not in fact addressed, extra billing or not extra billing.

It works like this: The real concern, as you have expressed it, is the level of remuneration, the ability to express one's professional competence, access to the latest technology, the sense that one is doing all possible for one's patients, one's clients, one's students, whatever. There is a very serious problem now and for the future, I think, of how you reconcile professionals with professional motivation to a continuing period of restraint. And it is by no means exclusive to physicians.

What I am saying is this: That problem is not addressed by a minuscule level of extra billing because it is quantitatively unimportant. It is not addressed by a massive increase in extra billing because that breaks the whole system apart and we wind up down in Yank land. The really serious threats to physician independence are coming now from the American private corporations. It may well be that in the next 5 to 10 years we will discover that medicare is the last best bastion of fee for service on this continent.

Mr. Epp: Let me just take you through this and I will do it, if you do not mind, on a personal basis. In the province in which I was teaching, we had at one time—I might be out half a per cent—approximately 98% of all the teachers in the Province of Manitoba were members of the society, as I was. But there was always the right to be able to teach and not belong. However, there was a strong move that everyone had to belong in order to have the right to teach—in other words, to exercise the licence that one had achieved academically.

And I recall very definitely making these arguments—I can tell you, I was blown out of the water more so than any political hope that we have for the future.

Prof. Evans: As you would be in medicine or in law or in dentistry.

[Traduction]

capacité de facturer les malades. Les médecins les plus professionnels et les plus compétents que je connais . . .

M. Epp: Certains médecins prétendent qu'il ne s'agit pas d'une question financière, mais je ne défends pas du tout ce point de vue. Vous avez dit que le point de vue que j'ai avancé est un point de vue de l'Ontario, même si beaucoup de mes collègues du caucus estiment que mon point de vue ne représente pas suffisamment la position de l'Ontario, mais représente trop la position des provinces de l'Ouest. Il y a des représentants, non seulement de l'Ontario, mais également du Manitoba, de la Colombie-Britannique, et de toutes les provinces qui estiment que les professionnels devraient avoir le droit d'imposer une surfacturation, même s'ils n'exercent pas ce droit. Est-ce que vous rejetez tout à fait cet argument?

M. Evans: Oui, je rejette l'argument voulant qu'il existe un lien entre le professionnalisme et la surfacturation. Que la surfacturation existe ou non, j'estime qu'il existe une difficulté du côté du professionnalisme et de l'engagement professionnel qui n'a pas été examinée.

Si je vous comprends bien, il y a un lien entre la rémunération, et la capacité d'un médecin de faire preuve de sa compétence professionnelle dans les domaines suivants: accès à la technologie la plus récente, l'impression qu'on fait tout ce qu'on peut pour ses malades, ses clients, ou ses étudiants. Il existe un problème actuel et futur qui consiste à réconcilier les professionnels avec une période de restriction budgétaire. Le problème n'est pas du tout la chasse gardée des médecins.

A mon avis, le problème n'est pas réglé par une surfacturation minuscule. On ne règlera pas non plus le problème en augmentant de façon massive la surfacturation, car cela détruirait tout le régime, et nous nous retrouverons dans une situation semblable à celle qui existe aux États-Unis. Les menaces les plus graves à l'indépendance des médecins proviennent maintenant des sociétés privées américaines. Il se peut que d'ici à cinq ou dix ans, nous constatons que l'assurance médicale constitue le dernier bastion de la rémunération à l'acte en Amérique du Nord.

M. Epp: Permettez-moi de vous parler d'une expérience personnelle. Au Manitoba, où j'enseignais, à un moment donné il y avait environ 98 p. 100 de tous les enseignants qui étaient membres de la société. Moi aussi, j'en étais membre. On avait pourtant le droit d'enseigner sans être membre de la société. Cependant, il y avait une tendance très forte voulant qu'il fallait être membre afin d'avoir le droit d'enseigner.

Je me souviens m'être opposé à ce point de vue, et je puis vous dire que j'ai été très fortement critiqué. Si j'avais été homme politique à l'époque, ma position en aurait été une de suicide politique.

M. Evans: Vous auriez été fortement critiqué si vous étiez médecin, avocat ou dentiste également.

[Text]

Mr. Epp: Interestingly, the fact remained that in subsequent years the motion was rescinded for no reason of percentages, but for the very fact that people inherently—there was no money attached, there was no dollar figure attached. Professionals felt they should have the right to decide for themselves, having achieved the academic qualification and the right to teach, rather than being told, before you can teach, although you have met all these qualifications, thou shalt and thou must. And that is the difficult, nebulous angle I am going at.

Prof. Evans: Yes, I see . . .

Mr. Epp: How do we tackle that and retain the best, the attitudinal best? I must admit to a certain degree, I am sympathetic to what you are saying. But we cannot deprecate or ignore that professional side of it.

While you might cavalierly say, it is an Ontario viewpoint, I suggest to you it goes much deeper than that. And what it goes to is the very heart of how a professional sees himself or herself.

Prof. Evans: I do not disagree with that and I think that is why I picked up on your words, which I did not disagree with, because there are some very deep issues here. I am saying that I do not think those issues are addressed satisfactorily if they are advanced by extra billing or by user charges. I think they are issues which relate to the relationship between a profession, which has become accustomed to an ever-expanding share of society's resources, which is going to be, in future, and has been for the past 10 years, restricted to a constant share of a constant pie.

Those kinds of problems are going to arise quite independent of the extra billing issue. And the interesting thing is that they are going to arise, are now arising—that is why I brought out the U.S. example. Whenever you put a cap on the rate of increase of health spending in the rest of the economy you get these same issues arising. And whether the pressures are imposed by government as in Canada, or whether they are imposed by the American hospital Corporation or AMADA, which is becoming the employer of physicians now under the corporate medicine model in the United States, that is I think up to choice. But the fact that the pressures will be imposed, I cannot see any way out of that, because the trees cannot grow to the sky.

Now, I take the point that you are making, which is that the option unexercised of direct billing provides professional satisfaction—I think I would be wrong to disagree with that. But what I am saying is that the existence of that option enables you—it is referred to as a safety valve—enables professionals to try to avoid mentally, internally, coming to terms with the question of accountability for the resources that they use.

Mr. Epp: Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

Mr. Blaikie, please.

[Translation]

M. Epp: Il est intéressant de constater que par la suite on a décidé de laisser tomber l'idée d'obliger les enseignants à être membres de la société. Ce n'est pas parce qu'il y avait moins d'enseignants qui faisaient partie de la société, ni à cause de considérations financières, c'est tout simplement que les professionnels ont estimé qu'ils devraient avoir le droit de décider eux-mêmes si oui ou non ils voulaient être membres de la société. Ils ne voulaient pas qu'on leur impose cette obligation. Il s'agit donc d'une question difficile et plutôt nébuleuse.

M. Evans: Oui, je comprends . . .

M. Epp: Comment faire face à ce problème et préserver le moral des professionnels? Je dois vous avouer que dans une certaine mesure je sympathise avec votre position. Mais il ne faut pas négliger le côté professionnel de la question.

Même si vous prétendez cavalièrement qu'il s'agit d'un point de vue de l'Ontario, je pense que la question est beaucoup plus profonde qui touche à la perception qu'a un professionnel de lui-même.

M. Evans: Je ne suis pas en désaccord, et c'est la raison pour laquelle j'ai cité vos propos, avec lesquels je n'étais pas en désaccord, car il existe en effet des questions très profondes. A mon avis, on ne règle pas les questions de façon satisfaisante grâce à la surfacturation ou aux frais modérateurs. Les professionnels avaient l'habitude de recevoir toujours de plus en plus de ressources de la société. Depuis dix ans, et à l'avenir, ils vont devoir accepter une part des ressources qui sera constante.

Voilà le genre de questions qui va se poser en dehors de la question de la surfacturation. Il est intéressant que ces questions se posent en ce moment—et c'est la raison pour laquelle j'ai parlé de la situation qui existe aux États-Unis. Les mêmes questions se posent chaque fois qu'on essaie de limiter le rythme d'augmentation des dépenses dans le domaine de la santé dans le reste de l'économie. On peut faire un choix: les pressions seront imposées soit par le gouvernement, comme au Canada, soit par la Société des hôpitaux des États-Unis, ou AMADA, qui devient l'employeur des médecins en vertu du régime américain. Mais je ne vois pas comment on pourrait éviter ce genre de pressions, car il existe quand même certaines limites.

Je pense que vous avez soulevé un point valable lorsque vous avez dit que les médecins pourraient tirer une satisfaction professionnelle du fait qu'ils ont la possibilité d'imposer une surfacturation, mais qu'ils décident de ne pas s'en servir. J'aurais tort de ne pas être d'accord là-dessus. Mais à mon avis, le fait que cette possibilité existe, et on l'appelle une soupape de sécurité—permet aux professionnels d'éviter de régler eux-mêmes la question de leur responsabilité vis-à-vis les ressources qu'ils utilisent.

M. Epp: Merci.

Le président: Merci, monsieur Epp.

Monsieur Blaikie, s'il vous plaît.

[Texte]

[Traduction]

• 1125

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think the point—among others, actually—that is new in the analysis Dr. Evans has brought before us today is this whole question of the health care agenda and the need to arrive at a situation where the question of extra-billing and user fees does not monopolize the agenda. Of course, we have reached a certain point on the agenda where they will disappear from the scene one way or the other, either because this consensus against extra-billing and user fees holds—in spite of all the inadequacies of this Act and in spite of some of the things I would like to say about the federal government and their agenda for bringing it in . . .

Nevertheless, in terms of not the political agenda but the agenda of health care, if this consensus holds then we get extra-billing and user fees off the agenda by finally having that argument—which I agree has been there from the beginning. One side is going to win, and then we can get on to other things. Or the other side will win, to put it simplistically, if for some reason or other this Act were not to be passed and the consensus were to fall apart.

Let me ask this question about the effectiveness of the Act. It could also be the case that you could pass the Act and not get extra-billing and user fees off the agenda if the Act does not have the desired effect. Now, you made the analogy to seat belts, and 70% compliance being better than no compliance at all or no legislation against seat belts at all. I am wondering whether or not the analogy is that tight. I would ask you what you think will be the economic consequences on provinces that comply as against provinces that do not comply? For instance, I can imagine some difficulty for have-not provinces for whom the penalty is significant or for whom the political significance of the Act is more effective.

Prof. Evans: You mean like Alberta?

Mr. Blaikie: Well, I was not thinking of Alberta, actually, but let us say Manitoba or a Maritime province or whatever—and they move to do away with extra-billing. That has one of a number of consequences: either they just do away with extra-billing but their fee schedule does not go up significantly, or whatever . . .

What kinds of economic disadvantages will complying provinces be put at in relation to other provinces, for instance Ontario, which already by the Minister's own definition—I am talking about Madam Bégin's definition—is not expected to do anything about extra-billing for at least three years, because they have three years left in the contract with their doctors? So for any province that acted in response to the Act in that three-year period, what kinds of economic disadvantages do you see them being put at in relation to Ontario, for instance?

M. Blaikie: Monsieur le président, ce qui est nouveau dans l'analyse que nous a présentée le Dr Evans ce matin, c'est qu'il a su dégager des problèmes multiples que pose le régime de protection de la santé et que deux de ces problèmes, la question de la surfacturation et celle des frais modérateurs, ont tendance à occulter les autres. Nous en sommes arrivés au point, il est vrai, ou de l'une ou l'autre façon, ces deux questions devront être réglées, soit qu'elles continueront à susciter une levée de boucliers, car malgré toutes les lacunes de cette loi et malgré certaines choses que j'aurais à dire sur le gouvernement fédéral et le moment qu'il a choisi pour introduire la question . . .

Néanmoins, si nous laissons de côté l'ordre du jour politique, et ouvrons le dossier du régime de protection de la santé, si le consensus se maintient, nous réglons le contentieux des questions de surfacturation et de frais modérateurs, contentieux qui, je le reconnais, existe depuis le commencement. L'une des parties l'emportera, et on pourra passer à d'autres questions. Si ce n'est pas l'une, ce sera l'autre, en simplifiant un peu les choses, si cette loi ne devait pas être adoptée, pour l'une ou l'autre raison, et si le consensus ait été ébranlé.

Je voudrais vous poser une question sur l'efficacité de cette loi. Si elle n'a pas l'effet désiré, il pourrait se produire que même si la loi est adoptée, vous ne réglez pas pour autant la question de la surfacturation et des frais modérateurs. Vous avez établi une analogie avec les ceintures de sécurité à savoir que même si l'obligation d'attacher sa ceinture n'est respectée que dans 70 p. 100 des cas, cela vaut mieux que si elle n'était pas respectée du tout, ou s'il n'existait pas de loi en ordonnant l'usage. Je me demande si cette analogie est vraiment convaincante. Quels effets économiques le respect de la loi aurait-il sur les provinces qui l'appliquent, en comparaison avec les provinces qui s'y refuseraient? J'envisage, par exemple, des difficultés pour les provinces défavorisées que la pénalité frapperait durement ou pour lesquelles la signification politique de la loi porte plus à conséquence.

M. Evans: Vous voulez dire l'Alberta?

M. Blaikie: Non, à vrai dire, je ne pensais pas à l'Alberta, mais par exemple au Manitoba, ou à une province Maritime, où l'on prendrait des mesures pour supprimer la surfacturation. Il en découle un certain nombre de conséquences: soit que ces provinces suppriment la surfacturation, mais que les tarifs n'en augmentent pas de façon significative, soit que . . .

Quels seront les inconvénients économiques pour les provinces qui s'inclineront devant la loi, par rapport aux autres provinces, par exemple l'Ontario qui, pour employer les propres paroles du ministre—je veux dire M^{me} Bégin—n'interviendra probablement pas sur la question de la surfacturation pendant une période d'au moins trois ans, parce que le contrat de la province avec les médecins a encore trois ans à courir. Mais en ce qui concerne les autres provinces qui elles, prendraient des mesures conformes à la loi, dans quel genre de situation défavorable seraient-elles placées par rapport à l'Ontario, par exemple?

[Text]

Prof. Evans: Well, I am trying to find the specific provinces that would fit that discussion. I look at B.C., and we do not have extra-billing; we have user charges. The Minister has already worked out a system for augmenting the income tax and essentially transferring the burden from user charges to income tax.

Mr. Blaikie: All right.

Prof. Evans: So he already has in place a mechanism for avoiding any economic impact.

Mr. Blaikie: Yes.

Prof. Evans: I look at, say, Nova Scotia; according to the data prepared by Health and Welfare, the impact of extra-billing is quantitatively absolutely minute anyway.

Saskatchewan has already come out and said they are against direct charges. Manitoba does not have any, although they have some opted-out physicians. Other than Ontario and Alberta, I do not see where the quantitative impacts are.

Mr. Blaikie: So you do not see any real cause for anxiety of physicians moving from a province that takes the Act seriously to a province that does not take it seriously?

Prof. Evans: No, I do not. I think there are some real problems with physician movement. My own province is wrestling with that at the moment—you know, how to justify its medical school when it has this very heavy rate of immigration of physicians. But I do not think the extra-billing thing is going to make a big difference on that. If you are thinking of, say, physicians bailing out of . . . well, where? I am trying to find the specifics that I can interpret the question in.

Mr. Blaikie: Okay.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Mr. Breau.

• 1130

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. As you indicated, the reputation of Dr. Evans is well known. I just want to say that so it is on the record because he was one of the key witnesses of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements when we visited Victoria.

In the interest of time I will list four items that I would like Dr. Evans to comment on. First of all, I would like to talk about prevention. We hear a lot of suggestions that public persons should be concerned about investing in prevention. Some suggest that we should invest massively. I would like to hear from him what he thinks the economic impact of that would be.

Secondly I was interested in his analysis, if I understood it correctly, in which he said that containment of hospital costs had a direct effect on physicians' incomes; therefore, that is why physicians were so concerned about private financing. If I understood that correctly, I would like him to tell us, if he has

[Translation]

M. Evans: Je suis en train de me demander à quelles provinces cette discussion s'appliquerait. La Colombie-Britannique? Nous n'avons pas de surfacturation, nous avons des frais modérateurs. Le ministre a déjà mis au point un système d'alourdissement de la charge fiscale qui revient, pour l'essentiel, à faire supporter à l'impôt sur le revenu la charge des frais modérateurs.

M. Blaikie: Très bien.

M. Evans: Il a donc déjà mis en place un dispositif tampon pour éviter tout impact économique.

M. Blaikie: Oui.

M. Evans: La Nouvelle-Écosse? D'après les données préparées par Santé et Bien-être, la surfacturation n'y a, de toute façon, qu'une incidence minime.

La Saskatchewan a déjà pris position en s'opposant aux charges directes. Le Manitoba n'en a pas, bien que certains médecins se soient désaffiliés. À part l'Ontario et l'Alberta, je ne vois pas où il y aurait des incidences considérables.

M. Blaikie: Vous ne craignez donc nullement un exode des médecins d'une province qui prend la loi au sérieux à une province qui l'ignore?

M. Evans: Non, vraiment pas. Les migrations des médecins posent certes des problèmes que connaît, par exemple, ma propre province en ce moment. Comment, en effet, justifie-t-on l'existence d'une école médicale lorsque le taux de migration intérieure des médecins est aussi élevé? Mais la question de la surfacturation n'y fera pas grand-chose, à mon avis. Si vous pensez, par exemple, que les médecins pourraient se sortir de . . . Mais où iraient-ils? J'essaie de transposer votre question sous une forme concrète.

M. Blaikie: Très bien.

Le président: Je vous remercie, monsieur Blaikie.

Monsieur Breau.

M. Breau: Je vous remercie, monsieur le président, comme vous l'avez dit, la réputation du Dr Evans n'est plus à faire. C'est ce que je voulais rappeler, pour le procès verbal, car il était l'un des témoins principaux du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces lorsque nous nous sommes rendus à Victoria.

Pour ne pas perdre de temps, voici une liste de quatre questions sur lesquelles j'aimerais connaître l'avis du Dr Evans. Tout d'abord, la prévention, dont on nous dit de toutes parts qu'elle mérite des investissements massifs. J'aimerais savoir ce qu'il pense des répercussions économiques possibles en la matière.

En deuxième lieu, il a dit, si je l'ai bien compris, que la limitation des coûts hospitaliers avait un effet direct sur les revenus des médecins, ce qui explique que ces derniers se préoccupaient tellement de la question du financement privé, et l'analyse qu'il en a donnée m'a beaucoup intéressé. J'aime-

[Texte]

come across any study that would show that before we contained hospital cost, that is before EPF, when everything was a fixed percentage of whatever a provincial government spent, there was a correlation between increases in hospital construction and hospital cost and the availability of acute care beds and the increase in supply of doctors?

Third, the kind of change he is talking about, that we should enter into some kind of framework where all the players would become involved in a process of change. The changes we have to get to are all obviously to moderate cost increases for the future. Can that change take place in his view without federal government financial incentives?

Four, we have heard about, and he was at the Saskatoon Conference at which the former Dean of Medicine from McGill suggested that we have two medical schools surplus in this country, and we had one witness, our first witness I believe, who told us that we could close down one or maybe two. I would like to ask him about that, but I would also like to ask him if he would approach this from the point of view of the schools themselves or would he rather have a system of moderating the graduates? Does he think it would be more efficient to close down the facilities or to get at it from the point of view of the number of graduates the students that go in and therefore graduate. Those are the four points.

Dr. Evans: First, on the side of prevention I think there is no case for massive investment in prevention for its own sake. I think specific preventive interventions have to be justified by appropriate evaluation and I think there are a number of areas where they can be so justified. The seatbelts are an excellent example. We know that fastening seatbelts works. Whether that is an appropriate form of resource investment for the health care system is something else again. The way you prevent injury, is to pass legislation about seatbelts and you instruct the police to enforce it. It is a health care problem, but it is not a health care intervention. The place where I get nervous is on the relationship between effective prevention and health care costs. It is my reading of the health care system that the costs of the health care system on the levels of use are primarily capacity driven. In other words, as Rohmer's law put it over twenty years ago: if you have the beds, you are going to use the beds. If you have the doctors, the doctors are going to find ways to use their talents, not because they are making up illness, but because they are bright, energetic, motivated individuals who find the world always too busy for them and they always have more things to do. So, for example, when our Minister of Health in B.C. said that we would save \$120 million in the health budget by putting through seatbelt legislation, he was, I think, talking through his hat. What would happen, and what did happen, is that health levels, health status improved. No question that it was a good move, but it did not save money and could not save money unless you simultaneously convinced a whole lot of orthopaedists to leave for Texas, and unless you closed down a batch of hospital beds. So long as the capacity is there and used for something and still funded, you are not going to save money. So, my response on prevention is, yes I am all for it insofar as it can be demonstrated to be effective—and I really mean demon-

[Traduction]

rais qu'il nous dise s'il existe, à sa connaissance, une enquête montrant qu'avant la limitation des coûts hospitaliers, c'est-à-dire avant le Financement des programmes établis, où toutes les dépenses constituaient un pourcentage fixe des dépenses du gouvernement provincial, il existait une corrélation entre les augmentations des constructions et coûts hospitaliers, l'offre de lits pour soins actifs et le nombre des médecins?

En troisième lieu, il parle d'un processus de changement auquel toutes les parties devraient participer. Or, le changement vers lequel nous allons, de toute évidence, c'est la compression des dépenses. Celle-ci peut-elle se faire sans mesures d'incitation financière de la part du gouvernement fédéral?

Enfin, quatrième question, on nous a parlé d'écoles médicales pléthoriques, et il a assisté à la Conférence de Saskatoon à laquelle l'ancien doyen de médecine de McGill disait qu'il existait deux écoles de médecine, dans ce pays, que l'on pourrait fermer. C'est également ce que nous a dit un témoin, le premier je crois. J'aimerais savoir ce qu'il en pense, mais j'aimerais également lui demander s'il envisage la fermeture des facultés de médecine proprement dites, ou s'il préférerait continger les étudiants? Qu'est-ce qui lui paraît plus pratique: supprimer des facultés, ou limiter les effectifs des étudiants autorisés à faire des études de médecine. Voilà mes quatre questions.

M. Evans: En ce qui concerne la prévention, je ne vois pas de raison suffisante pour investir massivement dans une action préventive proprement dite. Certaines actions préventives peuvent se justifier par une évaluation appropriée et, dans un certain nombre de domaines, me paraissent parfaitement justifiables. Les ceintures de sécurité en sont un excellent exemple, et nous savons que leur port est efficace. Mais c'est une autre question que de décider si les ressources mobilisées à cet effet pour le régime d'assurance-santé sont justifiables. Le moyen d'empêcher les blessures et lésions est de promulguer une loi sur les ceintures de sécurité et d'ordonner à la police de l'appliquer. C'est un problème de protection de la santé, ce n'est pas un problème d'intervention médicale. Mais ce qui m'inquiète, c'est le lien entre une prévention efficace et les coûts des soins médicaux. Mon interprétation du système de protection de la santé, c'est qu'il engendre des coûts qui sont liés essentiellement à sa capacité de fonctionnement; autrement dit, et pour reprendre la formule employée par Rohmer, il y a plus de 20 ans: si les lits existent, il se trouvera des utilisateurs. Si vous avez les médecins, ceux-ci trouveront des débouchés à leurs qualifications, non pas qu'ils inventent des maladies, mais parce que ce sont des gens intelligents, énergiques et motivés qui trouvent toujours plus de pain à mettre sur la planche. C'est pourquoi notre ministre de la Santé de Colombie-Britannique, en disant qu'il allait réaliser 120 millions de dollars d'économie dans le budget de la santé en faisant promulguer la Loi sur les ceintures de sécurité, racontait des bêtises. Ce qui allait se produire, et ce qui s'est produit, c'est que le niveau de santé s'est amélioré. C'était assurément une bonne décision, mais qui n'a rien fait pour réaliser des économies, et qui ne le pouvait pas, à moins que vous ne parveniez en même temps à convaincre un grand nombre d'orthopédistes de partir pour le Texas, et à moins de

[Text]

strated, not just sort of hoping to goodness—but I think it is very unwise to assume that you can avoid dealing with the problems of management of resources in the health care system by encouraging effective prevention. It has to be done for its own sake, not for the economic benefits. If you want to cope with health care costs, you have to deal with the supply side directly. You cannot just hope that people will all get healthier.

[Translation]

supprimer un grand nombre de lits d'hôpitaux. Tant que la capacité existe, qu'elle est financée, elle existe pour être utilisée et vous n'économiserez rien du tout. En ce qui concerne donc la prévention, je répondrai que je suis tout en faveur dans la mesure où son efficacité est prouvée, et j'entends vraiment prouvée, et ne représente pas simplement un vague espoir. Mais si on prend la prévention pour panacée aux maux financiers du système, on poursuit une chimère. La prévention a sa propre raison d'être, et ne doit pas se justifier par les bienfaits économiques qu'elle apporte. Si vous Voulez vous attaquer au problème du coût des soins médicaux, c'est à l'offre qu'il faut s'en prendre directement, vous ne pouvez simplement espérer que la santé de tous s'améliorera.

• 1135

Secondly, containment of hospital costs and MD incomes: the answer to your question, is there a hard correlation, is yes. The question, though, that you really, I think, asked, was is that a causal relationship? And the answer to that is maybe; because of course when you have a correlation, it is another matter to be able to determine from that how causal it is.

Yes, during the latter part of the 1970s we do find that expenditures on the hospital system, deflated for price change, per capita, Canada-wide, do fall well away from their previous trends. We also find that physician utilization—that is, billings deflated for fee schedule change . . .

Mr. Breau: The global income.

Prof. Evans: —the global utilization figure of physician services—we find simultaneously in the late 1970s there is a drop in the real access to hospital resources and in the real incomes or the real activity levels of physicians. Now, the income levels of physicians dropped sharply in the early 1970s because their fees were contained, but in the early 1970s they were able to make up some of that fee loss through increased output per physician. But the increase in output per physician, while it does not go to zero, drops down very sharply in the late 1970s, at exactly the same time as the squeeze goes on the beds, and at exactly the same time as you change the funding mechanism.

It is all too pretty. It is lovely. Is it a causal relationship? I do not know.

I do know that I can find quotes from, say, Bill Jory in B.C. saying that hospital cutbacks are affecting his members' incomes. We do know that specific specialties ply their trades within hospitals and that they are backed up trying to get in.

So, yes, it meets the correlation; yes, it makes system-wide sense. But could I swear to it as a causal relationship? It is how I would bet my money.

Mr. Breau: It is a funny coincidence.

En ce qui concerne les mesures prises pour restreindre les coûts d'hôpitaux et les revenus des médecins et votre question de savoir s'il existe une corrélation établie entre les deux, je répondrai par l'affirmative. Mais ce que vous vouliez savoir, en réalité, je crois, c'est s'il existait une relation de cause à effet, et je répondrai peut-être, car la corrélation, elle existe, mais c'est une autre question que de savoir dans quelle mesure elle est causale.

Oui, pendant la dernière partie des années 1970, nous avons constaté que les dépenses hospitalières, calculées par personne et pour le pays tout entier, et en corrigeant les effets de l'inflation, sont en nette diminution. Nous constatons aussi que le recours aux actes médicaux, à savoir les facturations corrigées pour tenir compte des changements des tarifs . . .

M. Breau: Le revenu global.

M. Evans: . . . le chiffre global de recours aux actes médicaux—nous constatons simultanément, à la fin des années 1970, une diminution réelle du recours aux actes hospitaliers et des revenus réels, ou du taux d'activités réelles des médecins. Si les revenus des médecins ont chuté au début des années 1970, c'est parce que des restrictions ont été imposées à leurs honoraires, mais à cette époque-là, ils ont pu recouvrer leurs pertes, dans une certaine mesure, en augmentant leur clientèle. Mais l'augmentation de la charge de travail par médecin, sans pour autant être nulle, a brusquement diminué à la fin des années 1970, au même moment où l'on limite le nombre des lits d'hôpitaux, et où des changements sont effectués dans les mécanismes de financement.

Tout cela est clair et net, mais s'agit-il d'une relation de cause à effet? Je n'en sais rien.

Je sais que j'ai trouvé des citations de Bill Jory, par exemple, en Colombie-Britannique, affirmant que la réduction des frais hospitaliers porte atteinte aux revenus de ses membres. Nous savons que certains spécialistes exercent à l'hôpital, et ont besoin d'appui pour y entrer.

C'est pourquoi je répondrais que oui, il y a corrélation, et les effets s'en font sentir sur l'ensemble du système. Mais jugerais-je pour autant qu'il y a relation de cause à effet? C'est à jouer à pile ou face.

M. Breau: C'est une singulière coincidence.

[Texte]

Prof. Evans: It is a funny coincidence. It is more likely than not, let us say.

Third: can the change process take place without federal government intervention? I do not know. I know there are particular provinces where bridges are in the process of being built; and Bill Blaikie has already—I suppose I am not supposed to ask that question.

The initiative can come from provincial governments, and in some cases has; and it can be met by similar responses by some members, at least, of the medical community. I think the federal government could play a very constructive role in assisting that process. Its constitutional limitations obviously prevent it from going very far. I would certainly be very disappointed—I would be very upset—if the federal government passed this Bill and then said, well, that is it, we have done our job; we have painted you guys into a corner, now you fight it out.

That is not why we elected you, I think, and it is not why we give you all our money. We would like you to exercise some stewardship over those funds. That you are doing through this Bill, but that is not the end of the story.

So while the answer to your question is yes, I think it is possible, I do not know that it will happen, and I think there are more things you could do.

Finally, what about the medical schools? It would be impertinent for me to come in and specify an Ontario medical school to be closed. I am on record as strongly exposing and opposing the expansion of the B.C. school, and in that regard I am on record, along with the B.C. Medical Association—and I do not know which of us was the more nervous on that occasion.

But the point that I think one should emphasize is that while—you said come at it from the medical schools' perspective—in terms of the costs of training students, you obviously save more money by shutting an entire institution than you do by levying a sort of 10% cutback across the board, just as you save money in hospitals by closing entire wards or closing hospitals rather than by reducing the occupancy rate. But the essence of the problem is not in fact the cost of training students. The essence of the problem is the costs the students generate when they get out of school. From that perspective it would be as effective to have a 10% cutback across the board, let us say, rather than getting into the political miseries involved in trying to close down an entire school.

So I guess my answer to that is I would prefer to look at it from a sort of health-care system-wide context rather than going in and trying to blow up any particular medical school. The latter might be more efficient, but it would be politically, and in human terms, somewhat dicey.

[Traduction]

M. Evans: En effet. Mettons que les probabilités sont en faveur d'une relation de cause à effet.

Troisièmement, les mutations peuvent-elles se produire sans intervention du gouvernement fédéral? Je n'en sais rien. Je sais qu'il existe des provinces où l'on est en train de jeter des ponts, et Bill Blaikie a déjà... Mais il est vrai que je ne suis pas censé poser cette question.

L'initiative peut provenir des gouvernements provinciaux, et c'est effectivement ce qui s'est parfois produit; et elle peut provoquer des réactions semblables de la part de certains membres tout au moins du corps médical. Le gouvernement fédéral pourrait, à mon avis, jouer un rôle très positif en prêtant son concours dans ce sens. Les limitations de la Constitution l'empêcheraient, de toute évidence, d'aller très loin. Je serais certainement très déçu, pour ne pas dire indigné si le gouvernement fédéral adoptait ce projet de loi et s'en lavait ensuite les mains en disant: Nous avons fait notre boulot, nous vous avons mis au pied du mur, débrouillez-vous maintenant.

Ce n'est pas pour cela que nous vous avons élus, et ce n'est pas pour cela que nous vous avons donné de l'argent. Nous voudrions que vous exerciez un certain contrôle sur ces fonds. C'est ce que vous faites par le truchement de cette loi, mais vous n'en êtes pas quittes à si bon compte.

Je répondrais donc par l'affirmative à votre question, je crois que c'est possible, je ne suis pas sûr que cela se produira, et je crois qu'il y a d'autres choses que vous pourriez faire.

Enfin, votre question concernant les facultés de médecine? Ce serait une impertinence de ma part de venir vous conseiller la fermeture d'une faculté de médecine ontarienne. On me connaît pour mon opposition vigoureuse à l'agrandissement de la faculté de Colombie-Britannique, je m'associe en cela officiellement à l'Association médicale de la Colombie-Britannique, et je ne sais pas lequel de nous deux a été plus nerveux à ce propos.

Mais ce qu'il convient de mettre en lumière, c'est que tandis que—vous en parliez du point de vue des écoles de médecine—en ce qui concerne le coût de la formation des étudiants, l'économie réalisée est certainement plus considérable lorsqu'on ferme un établissement que lorsque l'on impose à tous les établissements une réduction de 10 p. 100, de même qu'on économise de l'argent dans les hôpitaux en fermant des salles entières, ou des hôpitaux entiers plutôt qu'en diminuant le taux d'occupation. Mais le noeud du problème, en fait, n'est pas le coût de formation des étudiants, mais les coûts causés par les étudiants après leur promotion. À ce point de vue, il serait tout aussi efficace d'imposer une diminution de 10 p. 100 à tous les établissements, par exemple, plutôt que de se mettre dans le guépier politique que déchaînerait la fermeture d'une faculté entière.

Je répondrais donc à cette question en disant que je préférerais l'examiner dans le contexte du système entier de protection de la santé plutôt qu'en m'attaquant à une faculté de médecine en particulier. Cette dernière mesure serait peut-être plus efficace, mais aussi plus téméraire sur le plan politique et en termes humains.

[Text]

Mr. Breau: Plus it makes Flora MacDonald very nervous.

Prof. Evans: I do not blame her. It would make me nervous too. It would make me a whole lot more nervous if I were teaching at Queen's. Fortunately, I am not telling my Dean of Medicine he ought to shut up shop, only that he ought to be somewhat smaller; and I think deep down he probably has difficulty arguing with that. What he comes back with is he says, no, we need all our places in B.C.; what we are going to do is close the borders and not let any of those foreigners in from the rest of Canada... which means exporting your problems somewhere else.

• 1140

I am not quite sure if that addresses your fourth point or not.

Mr. Breau: Yes, it does.

Prof. Evans: It does.

Mr. Breau: What you are saying, in fact, is that the problem is the cost to the economy once they graduate.

Prof. Evans: Sure.

Mr. Breau: Do you subscribe to the figure of \$0.5 million per doctor per year?

Prof. Evans: The way you get a number like that is to take the total costs, which are either directly billed by, or generated on physician orders and divide that by the total number of physicians. Yes, then you get a figure of something like \$.5 million. I am not sure exactly what it is at the moment, but it is in that ballpark.

The question is, is that the relevant number to use in deciding what costs are generated when you bring one more physician into the system? In other words, that is an average cost. Is it also a marginal cost? Is it a correct measure of the impact of new doctors? The answer to that is, you do not know unless you know how the provincial government is going to respond. If the provincial government holds tight on the hospital capacity and simply squeezes physicians out into private practice, then the answer is no. It is going to be closer to maybe \$150,000 to \$200,000.

Mr. Breau: But if we assume, as you did, that there may be a correlation...

Prof. Evans: Yes.

Mr. Breau: No, you did not assume it. You agreed with me that it was a coincidence that there was a relationship between hospital availability and the global income to physicians.

Prof. Evans: Yes.

Mr. Breau: Then if you increase the supply of physicians, are you going to increase the global cost?

Prof. Evans: Yes, you will surely increase the global cost. But the question is, could you, politically, increase the supply

[Translation]

M. Breau: Et elle met Flora MacDonald sur des charbons ardents.

M. Evans: Je ne la blâme pas, j'en ferais autant. Et bien plus encore si j'enseignais à *Queen's University*. Heureusement, je ne vais pas raconter à mon doyen de médecine qu'il devrait fermer boutique, je lui conseille seulement de ne pas voir aussi grand et tout au fond de lui, il doit me donner raison. Mais il me rétorque, bien entendu, que nous avons besoin de tous nos étudiants en Colombie-Britannique, et que ce que nous allons faire, c'est fermer les frontières et interdire à ces étrangers des autres régions du Canada... ce qui revient à exporter ses problèmes.

Je ne suis pas certain d'avoir ainsi répondu à votre quatrième question.

M. Breau: Si, vous y avez répondu.

M. Evans: Vraiment!

M. Breau: Ce que vous nous dites, en fait, c'est que le fardeau, pour l'économie, se fait sentir lorsque les étudiants ont terminé leurs études.

M. Evans: C'est bien cela.

M. Breau: Êtes-vous d'accord sur le chiffre d'un demi-million par médecin par an?

M. Evans: Pour arriver à un chiffre pareil, vous prenez l'ensemble des coûts, qui sont soit facturés soit créés sur prescription des médecins, et vous le divisez par le nombre total de médecins. Oui, vous arrivez alors à un chiffre de l'ordre d'un demi-million. Je ne sais pas au juste à combien il s'établit à l'heure actuelle, mais c'est un coût de cet ordre.

La question qui se pose, c'est de savoir si c'est là le chiffre à utiliser en décidant des coûts engendrés par l'introduction d'un médecin de plus dans le système? Autrement dit, c'est le coût moyen. Est-ce aussi un coût marginal? Est-ce une façon de jauger l'effet de l'arrivée de nouveaux médecins? La réponse à cette question, c'est qu'on l'ignore jusqu'à ce qu'on connaisse la réaction du gouvernement provincial. Si ce dernier serre d'une main ferme les cordons de la bourse pour les hôpitaux, et oblige tout simplement les médecins à exercer pour la clientèle privée, la réponse est négative. Le coût s'établira probablement entre 150,000\$ et 200,000\$.

M. Breau: Mais si nous posons l'hypothèse, comme vous l'avez fait, qu'il peut y avoir corrélation...

M. Evans: Oui.

M. Breau: Non, ce n'était pas votre hypothèse. Vous avez convenu avec moi qu'il y avait coïncidence, que le lien entre l'offre hospitalière et le revenu global des médecins était dû à une coïncidence.

M. Evans: Oui.

M. Breau: Si vous augmentez donc le nombre des médecins, allez-vous augmenter le coût total?

M. Evans: Oui, vous augmenterez certainement le coût global mais la question est de savoir si, sur le plan politique,

[Texte]

of physicians and hold down the growth of hospital space? If you can do that, if you can allow the doctors per bed to escalate indefinitely, then the additional doctors will not cost you nearly as much. The problem is that, politically, what you are doing is you are essentially pushing more and more doctors out of the hospital system. And as you do that, you will build up increased pressure for hospital system expansion, which will be expressed as under-funding. The over-supply of physicians, or the increasing supply of physicians is one of the main mechanisms that drives the political perception of under-funding.

The Chairman: Thank you, Mr. Breau. Dr. Halliday, please.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I guess Dr. Evans' reputation is certainly one he has lived up to today.

Prof. Evans: I am not sure which part.

Mr. Halliday: There are a couple of areas I would like to just touch on, Mr. Chairman. The discussion that Dr. Evans and Mr. Epp had on the philosophies of professionalism and the effect of Bill C-3 on that was most interesting. I think, if I understood Dr. Evans correctly, he suggested that Bill C-3 would indeed alter that by eliminating that opportunity to opt out, which many professionals would value no matter what profession they are in.

But I do not think Dr. Evans gave us an indication of how that bill could be changed, or what might be done to protect that kind of feeling all professionals want, or to replace it in the bill. I think you stopped short of giving us a solution to the problem.

Prof. Evans: I did not actually accept quite the definition of the problem which you have described. Incidentally, do you really mean to say that you rule out anyone who is on salary as a nonprofessional? You seem to be saying that if you do not have the right to set your own fees, you are not a professional.

Mr. Halliday: No, I did not say that.

Prof. Evans: That is what I wanted to clarify.

Mr. Halliday: No, I do not agree with that statement you made.

Prof. Evans: That is what I interpreted you to be saying, that professionals require the right to opt out and to extra-bill in order to maintain a professional identity. You said that all professionals do.

Mr. Halliday: Yes, I think that is true.

Prof. Evans: But if that is so, then only the people who have the right to opt out and extra-bill are professionals. Other people...

Mr. Halliday: Oh, no. That does not follow. There are many professionals who are happy being in a set-salary system. As long as they have an opportunity to work within their profession outside of that system, they are happy.

[Traduction]

vous pouvez augmenter le nombre de médecins et entraver l'expansion des installations hospitalières. Si vous le pouvez, si vous pouvez permettre que le nombre de médecins par lit augmente indéfiniment, les médecins en supplément ne vous coûteront plus tellement. Mais la difficulté, c'est que sur le plan politique, vous forcez un nombre de plus en plus grand de médecins à sortir du système hospitalier et, ce faisant, vous allez augmenter la demande pour une expansion du système hospitalier, ce qui se traduira par le sous-financement. La pléthore de médecins, le fait que leur nombre augmente sans cesse est l'un des principaux mécanismes qui rendent le sous-financement si sensible sur le plan politique.

Le président: Je vous remercie, monsieur Breau. Le docteur Halliday, s'il vous plaît.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président. Je pense que le Dr Evans justifie certainement sa réputation.

M. Evans: Je ne sais pas au juste de quelle réputation vous parlez.

M. Halliday: J'aimerais aborder certaines questions, monsieur le président. J'ai écouté avec un vif intérêt la discussion entre le Dr Evans et M. Epp sur leurs idées concernant la profession médicale et sur les répercussions du projet de loi C-3. Si j'ai bien compris le Dr Evans, je crois que d'après lui, le projet de loi C-3 modifierait ces idées en supprimant la possibilité de se désaffilier, possibilité chère à de nombreuses professions quelles qu'elles soient.

Mais le Dr Evans n'a pas, à mon avis, indiqué la façon dont ce projet de loi pourrait être amendé, ou ce qui pourrait être fait pour respecter la volonté de toutes les professions libérales, ou le remplacer dans le projet de loi. Autrement dit, il n'a préconisé aucune solution.

M. Evans: Je n'ai pas souscrit, en fait, à la définition du problème telle que vous l'avez donnée. À ce propos, voulez-vous vraiment dire que vous excluez toute personne salariée du rang des professions libérales? Vous semblez affirmer que sans le droit de fixer vos propres honoraires, Vous n'appartenez pas à une profession libérale.

M. Halliday: Non, ce n'est pas ce que j'ai dit.

M. Evans: Mais c'est ce que je voulais tirer au clair.

M. Halliday: Non, je ne suis pas d'accord avec cette affirmation.

M. Evans: C'est ce que je croyais avoir compris de vous, à savoir que les professions libérables exigent le droit à la désaffiliation et à surfacturation et le considèrent comme un droit imprescriptible de toutes les professions libérales.

M. Halliday: Oui, c'est bien ce que je crois.

M. Evans: Mais si tel est le cas, seuls appartiendront à une profession libérale ceux qui ont le droit de se désaffilier et de surfacturer. Les autres...

M. Halliday: Oh non, l'un ne découle pas de l'autre. Il existe beaucoup de personnes de ces professions qui n'ont pas d'objection à être salariées, dans la mesure où elles peuvent exercer leur profession hors de ce système, elles s'en accommodent fort bien.

[Text]

Prof. Evans: Do they?

Mr. Halliday: Yes.

Prof. Evans: Oh. Do nurses?

Mr. Halliday: Nurses can do that.

Prof. Evans: Are they self-employed?

Mr. Halliday: We were told yesterday that there are some up north.

Prof. Evans: Okay. What I said was that I perceive the really serious threats to professional moral coming, as Jake Epp said, from a sense that your income opportunities are constrained, that your professional self-expression is limited by budgetary restraint, that society does not value your activities as much as you think they ought. That is really hard on anybody's morale. As I said when he was making these points, as a university professor I feel that very strongly. What I was saying was, that problem is not primarily linked to extra-billing because those kinds of restraints are being exercised in every country and have to be. They may be exercised through the direct, governmental control which we have here or they may be exercised through the extension of the role of the corporate sector, as is now moving ahead very rapidly in the United States. But that means that either the very limited level of extra-billing which we have now is trivial in terms of maintaining that sense, or if you expand it you are just going to accelerate the rate of movement toward the U.S.

• 1145

Now Jake came back and said: Yes, but even though nobody or almost nobody takes up the option, the existence of the option itself is of importance.

Mr. Halliday: Right.

Prof. Evans: I guess I cannot disagree with that, but what I said was I do not think that is the crucial aspect for professionals. I do not think it is primarily the option, it is more the sort of self-expression and the overall rate of return, and that is going to be threatened in any case. Second, going back to your question, can you remedy this in the Bill? No, because what the Bill is saying is that this is a central problem in the management of resources in the Canadian health system, or it has the potential to become a central problem. The point of the Bill is not to preserve the freedom of physicians to extra-bill but to take it away.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, it has been interesting for the committee to observe the difference in morale—since we are talking about morale to some—in the medical professionals that exists in Quebec, where we had a large contingent of staff and people come with the Minister, but absolutely no recognition of the fact that the physicians either were not invited or refused to come in that delegation. Yet last night we had the provincial Minister from Ontario here who actually made a point of bringing with him representatives of the three professions that are discussed in the Bill, namely, medical, dental and hospital people, regarding user fees. There was an

[Translation]

M. Evans: Vraiment?

M. Halliday: Oui.

M. Evans: Ah, je vois. Les infirmières, par exemple?

M. Halliday: Certainement, les infirmières.

M. Evans: Sont-elles des travailleuses indépendantes?

M. Halliday: On nous a dit hier qu'il y en avait, dans le Nord.

M. Evans: Très bien. Ce que je disais, c'est qu'il me semble que le moral de la profession risque d'être sérieusement ébranlé, comme l'a dit Jake Epp, du fait des limitations du revenu, des entraves mises à l'exercice de la profession par les restrictions budgétaires, et du fait que les activités de ces personnes ne sont pas aussi appréciées de la société qu'elles le devraient, à leur avis. Le moral en prend alors vraiment un coup! En tant que professeur d'université, j'y suis particulièrement sensible, comme je l'ai fait remarquer pendant qu'il faisait ses observations. Ce que je disais, c'est que le problème n'est pas lié en premier lieu à la surfacturation, parce qu'il n'est pas de pays dans lequel ce genre de restrictions ne doivent pas s'exercer ou ne s'exercent pas, que ce soit par contrôle gouvernemental direct, comme dans notre pays, ou par l'expansion du rôle des grandes sociétés privées, comme cela se passe aux États-Unis, où ce mouvement fait tache d'huile. Mais dans tous les cas, la surfacturation minime que nous avons actuellement joue un rôle négligeable et, si vous allez plus loin, vous accélérerez le mouvement de l'exode vers les États-Unis.

Jake a dit ensuite: oui, mais même si personne ne profite de la possibilité, ou presque personne, l'important, c'est qu'elle existe.

M. Halliday: Exactement.

M. Evans: Je ne saurais contester cela, mais j'ai déjà dit qu'à mon avis, ce n'était pas là le point crucial pour les professionnels. Je ne pense pas que ce soit cette possibilité qui soit au centre du problème, mais plutôt une sorte d'autodétermination ou de rendement général qui, de toute façon, vont être menacés. Deuxièmement, pour en revenir à votre question: peut-on y remédier dans le bill? Non, parce que d'après le bill, c'est un problème crucial pour la gestion des ressources du système de santé canadien ou, du moins, cela peut le devenir. Le bill ne veut pas sauvegarder la liberté des médecins de surfacturer, mais au contraire la leur enlever.

M. Halliday: Monsieur le président, il est intéressant de constater à quel point les professionnels qui ont comparu devant ce Comité ont le moral à des niveaux différents; je pense au Québec dont le ministre de la Santé est arrivé avec un entourage considérable, mais qui n'a pas semblé s'apercevoir que les médecins soit n'ont pas été invités, soit ont refusé d'accompagner cette délégation. À côté de cela, hier soir nous avons reçu le ministre provincial de l'Ontario qui s'était entouré de représentants des trois professions dont on discute dans le bill: les médecins, les dentistes et le personnel hospitalier, puisque nous devons discuter des frais modérateurs. Il y a

[Texte]

obvious difference in the morale that existed in the professional groups in Quebec versus Ontario in their relationships to their respective governments.

Prof. Evans: Well, I do not find that morale difference in B.C.

Mr. Halliday: But I am wondering if you can comment on this difference that does exist between Quebec and Ontario. There is no question of it existing.

Prof. Evans: I am intrigued by that. I cannot comment as someone who has kept close touch with the morale of physicians in Ontario and Quebec, but I was intrigued by your question to the previous witness in which you used as an indicator of loss of morale in Quebec the exodus of physicians to Ontario. I had really thought there were quite a number of other factors associated with the exodus of physicians and other people from Quebec, having quite a lot to do with the changes in language legislation in Quebec and the, I believe I recall the expression, something about "we are changing our elite".

Mr. Halliday: There is also a difference between the two Provinces that is on the other side of the ledger, and that is that the cultural differences between the two Provinces affect the general practitioner, in particular, who has been trained locally in Quebec as opposed to the specialist who has often been trained outside the Province and is, of course, bilingual and is much more flexible and able to move.

Prof. Evans: But I think the factors that would lead people to migrate into or out of Quebec are something considerably broader than the question of the differential treatment of extra-billing. Other than that I do not know.

Mr. Halliday: It is more than just the extra . . .

The Vice-Chairman: Your last question, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, then I would like to go on to another area that Dr. Evans touched on. That was the overfunding problems in other countries of the world. I am interested always in having our witnesses discuss their views on what is happening in other countries vis-à-vis Canada and I am always interested to learn that in most if not all other countries, in spite of what you would call underfunding, all those countries are still increasing their private contributions into the system by whatever means. This is true in the U.K. and Sweden and so on, and I guess in virtually every country.

I am wondering why that is happening and why that will not happen in this country under the proposed constraints of Bill C-3. I am also wondering in particular along that same line, if that with the acknowledged increase in technology and the tremendous expense that is going to incur, that it becomes increasingly necessary to have that kind of infusion into the system. If we do not have that infusion into the system, are you allowing for the fact and are you willing to condone the fact that we will have a type of rationing of health care? I would suggest that is going to be inevitable in the system we are moving into, that we will have to have a rationing of some types of technological advances that some government will

[Traduction]

une différence de moral évidente entre les groupes professionnels du Québec et ceux de l'Ontario dans leurs relations avec leur gouvernement respectif.

M. Evans : Mais en Colombie-Britannique, il n'y a pas tellement de différence de moral.

M. Halliday: Mais que pensez-vous de cette différence entre le Québec et l'Ontario? Elle ne fait aucun doute?

M. Evans : C'est un point qui m'intrigue. Je ne peux pas dire que je me suis intéressé vivement au moral des médecins en Ontario et au Québec, mais la question que vous avez posée au précédent témoin m'a intrigué. Vous avez dit que si les médecins du Québec partaient pour l'Ontario, c'est qu'ils manquaient de moral. Or, j'ai toujours pensé que si les médecins et d'autres personnes quittaient le Québec, cela était dû à toute une série de facteurs, et en particulier la nouvelle législation linguistique au Québec; à ce sujet, je me souviens d'avoir entendu une expression, quelque chose comme: «nous changeons d'élite».

M. Halliday: De l'autre côté de l'équation, il y a une autre différence entre les deux provinces et qui vient des différences culturelles. Par exemple, au Québec très souvent les généralistes font leur cours de médecine au Québec pendant que les spécialistes vont étudier à l'extérieur de la province; ceux-ci sont donc a priori bilingues et acquièrent plus de mobilité.

M. Evans : Mais les facteurs qui poussent les gens à s'installer au Québec ou à quitter le Québec vont bien au-delà des problèmes de surfacturation. C'est à peu près tout ce que je peux vous en dire.

M. Halliday: C'est plus que la sur- . . .

Le vice-président: Docteur Halliday, c'est votre dernière question.

M. Halliday: Monsieur le président, dans ce cas je passe à un autre sujet dont M. Evans a parlé: le problème de surfinancement dans d'autres pays du monde. Ce que nos témoins pensent de ce qui se passe dans d'autres pays du monde m'intéresse toujours vivement. Or, la plupart du temps, sinon toujours, en dépit de ce que vous appelez le sous-financement, ces pays font de plus en plus appel à des contributions privées, par divers moyens. C'est ce qui se passe au Royaume-Uni et en Suède, pratiquement dans tous les pays.

Je m'interroge sur la raison de cette évolution, et je me demande pourquoi nous décidons de tourner le dos à cette évolution en adoptant le Bill C-3. Nous reconnaissons tous que la technologie évolue très vite et que les dépenses vont devenir considérables, ce qui rendra de plus en plus nécessaire ce genre de sources de financement. Si nous ne profitons pas de cette source, faut-il se résigner à un rationnement des soins de santé, êtes-vous prêt à accepter cet état de choses? À mon sens, c'est un facteur inévitable dans la voie où nous nous engageons, nous allons être forcés de rationner certains progrès technologiques, le gouvernement va devoir décider que ces progrès-là ne sont pas pour la population du Canada. Vous et moi, en tant

[Text]

decide is not for our people in Canada, and you and I as recipients of that service will be denied the opportunity of having some advanced technological service that would otherwise be available if there were the infusion of adequate amounts of funds legally possible.

Professor Evans: Yes, I think that the rationing is a good place to start. I will work back to the international comparisons, but the rationing is a good place to start.

• 1150

The answer to your question, I think, is contained in the comments I made earlier about the differences between the levels of expenditure on health care and the rate of escalation. The only way any country, not just Canada, can attain stability in that relationship is by imposing some form of rationing.

What we are watching in the U.S., to take the closest international example, is a system of rationing being developed within the private sector. We are finding that, if you are a medicaid beneficiary in California, for example, if you are enrolled with the Kaiser Health Plan, if you are enrolled with any of the PPO's, a whole variety of new institutions which are going to do precisely what you describe, place limits on the accessibility of advanced technology . . .

The same problems are being wrestled with in Europe, where Germany and Holland, to my knowledge, are talking about more user fees. But in so far as those user fees merely expand the flow of resources into the health sector, they will merely continue the upward spiral. Both Holland and Germany are in the 9% to 10% bracket in health care as a percentage of GNP.

In other words, the only way you appear to evade the problem of rationing is by a steady increase in your spending on health care, and you have to meet the problem eventually. You can meet it at 7% of GNP, as we did; you can meet it at 8%, which is where we are now; you can meet it at 10%, which is what the Yankees are doing; but you will meet the problem. There is no way around it. The suggestion that somehow tapping private funds gets you around the problem is a mistake in accounting, essentially. It is simply not true that the people of Canada are unable to afford certain things through the public sector but can afford them through the private sector. We all pay the costs of this system out of our pockets. Whether we pay it through taxes, premiums, private charges or whatever, the important thing is the global cost.

What we have found is that in so far as the costs flow through government, we have a grip on those global costs by direct action. In so far as they flow through the private sector, those costs are unconstrained. What the Yankees are now doing is saying, because those costs are unconstrained, government is going to wash its hands of some of the costs but

[Translation]

que clients de ces services, nous ne profiterons pas des progrès technologiques dont nous aurions pu bénéficier si suffisamment de fonds avaient été légalement débloqués.

M. Evans : Effectivement, la question de rationnement, c'est un bon départ. Je reviendrai ensuite aux comparaisons internationales, mais il est bon de commencer par le rationnement.

Je crois avoir déjà répondu à votre question tout à l'heure quand j'ai parlé de la différence entre les dépenses dans le domaine de la santé et l'escalade des coûts. La seule façon pour un pays, et pas seulement le Canada, de parvenir à un équilibre dans ce domaine, c'est d'imposer une forme quelconque de rationnement.

Nous étudions donc ce qui se passe aux États-Unis, pour prendre l'exemple international le plus proche, où l'on est en train de mettre en place un système de rationnement à l'intérieur du secteur privé. Nous nous apercevons que les bénéficiaires de *Medicaid* en Californie par exemple, les gens qui sont inscrits au *Kaiser Health Plan* ou à tout autre régime d'assurance privé, bref, il y a toute une série d'institutions nouvelles qui font précisément ce que vous dites, qui limitent l'accès à la technologie de pointe . . .

En Europe, on se débat avec les mêmes problèmes; en Allemagne et en Hollande, je sais qu'on envisage de généraliser les frais modérateurs. Mais dans la mesure où ces frais modérateurs laissent entrer plus librement les ressources financières dans le secteur de la santé, ils vont accélérer encore cette spirale ascendante. En Hollande et en Allemagne, les dépenses dans le domaine de la santé représentent déjà de 9 à 10 p. 100 du P.N.B.

Autrement dit, la seule façon apparente de fuir le problème de rationnement, c'est d'augmenter régulièrement les dépenses dans le domaine de la santé mais, un jour ou l'autre, il faudra bien faire face au problème. On peut y faire face quand on atteint 7 p. 100 du P.N.B; c'est ce que nous avons fait. On peut y faire face lorsqu'on atteint 8 p. 100, c'est le niveau où nous sommes actuellement. On peut y faire face à 10 p. 100, c'est ce que les Américains font, mais il faut forcément y faire face à un moment donné. Il n'y a pas moyen d'y échapper. Ceux qui pensent qu'il est possible de surmonter le problème en puisant à même des fonds privés font en réalité une erreur de calcul. Il est tout simplement faux que la population du Canada n'a pas les moyens de payer certaines choses par l'entremise du secteur public, des choses qu'elle peut se permettre en passant par le secteur privé. L'argent qui sert à financer ce système sort de nos poches. Qu'il passe par nos impôts, par des primes, par des frais privés, etc., l'important, c'est le coût total.

Nous nous sommes aperçus toutefois que lorsque c'est le gouvernement qui canalise les dépenses, il est possible de contrôler directement ce coût global. Par contre, lorsque l'argent passe par le secteur privé, il n'y a plus de barrière. Les Américains sont en train de se dire que puisqu'il n'y a plus de barrière, le gouvernement peut se laver les mains d'une partie

[Texte]

also induce radical changes on the supply side to try to bring them to heel.

I think the European countries, which I am not closely familiar with but have some awareness of, are trying to buy time by expanding charges to the private sector. I think U.S. experience is conclusive on this: It will not work. No one has gone farther down the road of direct charges than the U.S., and it has not worked. I think that policy is now bankrupt.

The British are allegedly expanding private funding, but some very interesting things are happening there. First of all, the expansion is very rapid among enrollees but not among costs, because not surprisingly, the private insurers are signing up people who are not sick, which is exactly what you or I would do if we were running a private insurance company. In fact, they are even selling wrap-around coverage which says: We will cover your costs if the national health service does not. So if you are really sick, go to the NHS; but if you have something trivial, come to us. So what is happening is that the coverage is growing much faster than the dollars.

Furthermore, as the private supply side has developed, American Management International has moved into Britain as they are trying to move into Canada. The private hospitals make their money by creating problems for the private insurers, because what the private hospitals charge is what the private insurers pay. So UPA, the biggest of the U.K. private insurers, ran a deficit two years ago and approached Mrs. Thatcher for government to bail it out of the private sector. I understand Mrs. Thatcher was not wholly sympathetic.

So what is going on in the U.K. is a very interesting tug of war between private hospital suppliers and private insurers in which the one makes its profits by bankrupting the other. How that is going to saw off I do not think anybody knows at this point, but it is a good deal more complex than just an expansion of the private sector.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Halliday.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I would just like to explore the problem of extra-billing with you again. You have brought out a truism that if you do not extra-bill—and this happens to be a personal experience of mine—the pattern of practice changes very quickly in a community. The referring physicians learn who extra-bills and who does not, and suddenly your practice starts escalating beyond what you want it to be. As a matter of fact, that is why I went into politics, where the pace is slower and the responsibility is less; at least, individual responsibility is less.

[Traduction]

des coûts tout en cherchant à contrôler la situation du côté de l'offre.

Je ne connais pas particulièrement bien la situation dans les pays européens, mais j'ai une idée de ce qui s'y passe et j'ai l'impression que là-bas, on essaie de gagner du temps en augmentant la proportion du secteur privé. À mon avis, l'expérience américaine est concluante: cela ne fonctionnera pas. Aucun pays n'est allé plus loin dans la facturation directe que les États-Unis et cela n'a pas marché. Je pense que cette politique a maintenant fait faillite.

On prétend que les Anglais s'orientent vers le financement privé mais il y a des choses très intéressantes qui se passent là-bas. Pour commencer, le nombre des souscriptions dans le secteur privé augmente très rapidement mais les coûts dans le secteur privé n'augmentent pas aussi vite parce que, et cela n'est pas surprenant, les assureurs privés acceptent les clients qui ne sont pas malades, ce qui est précisément ce que vous et moi ferions si nous étions à la tête d'une compagnie d'assurances privée. En fait, ils vendent même des polices complémentaires en disant aux gens: nous rembourserons vos coûts si le Service national de santé ne le fait pas. Alors, si vous êtes vraiment malade, adressez-vous au Service national de santé, et si vous avez une petite maladie de rien, venez nous voir. Autrement dit, les polices privées augmentaient très vite, mais pas le financement proprement dit.

De plus, puisque l'offre privée a augmenté, la société *American Management International* s'est installée en Grande-Bretagne comme elle a essayé de le faire au Canada. Les hôpitaux privés font des bénéfices en créant des problèmes pour les assureurs privés parce que les tarifs des hôpitaux privés sont ce que les assureurs privés acceptent de payer. Ainsi, la société UPA, le plus gros assureur privé du Royaume-Uni, après avoir été en déficit pendant deux ans, est allée voir M^{me} Thatcher pour lui demander une remise à flot par le gouvernement. Je crois que M^{me} Thatcher n'a pas été très bien accueilli cette suggestion.

Comme vous le voyez, au Royaume-Uni on assiste actuellement à un conflit très intéressant entre les hôpitaux privés et les assureurs privés, les uns faisant des bénéfices en mettant les autres en faillite. Je ne crois pas qu'il soit possible de prévoir l'issue du conflit, mais c'est beaucoup plus complexe qu'une simple expansion du secteur privé.

Le vice-président: Merci, docteur Halliday.

Docteur Hudecki.

M. Hudecki: J'aimerais revenir avec vous sur la surfacturation. Vous avez dit quelque chose d'évident quand vous avez dit que les médecins qui ne surfacturent pas voient la nature de leur pratique changer radicalement. C'est une expérience que j'ai eue personnellement, je me suis aperçu que les médecins savent quels sont leurs confrères qui surfacturent et ceux qui ne le font pas, et qu'ils en tiennent compte lorsqu'ils leur envoient leurs patients. Un médecin qui ne fait pas de surfacturation voit sa pratique augmenter au-delà de toute mesure. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai décidé de faire de la politique, le rythme est plus lent, les responsabilités moindres, du moins les responsabilités individuelles.

[Text]

Professor Evans: I am glad you said that.

Mr. Hudecki: But there are some inherent problems with that if you want to get the doctors off extra-billing. How do you reward the physician or the surgeon who has experience and extra training and who is prepared to spend more time with the patients than the other person?

• 1155

You will probably say that is the responsibility of having relative fees within the MD society or the physicians' medical societies. But then when these societies in turn try to deal at a provincial level, they are faced with the problem of really not knowing what of the funding that comes through the taxation system is ear-marked for them. Each province has its own extended care, and there is a tremendous variation from province to province. So each province fails to present a true picture of what the financial status is and what negotiations the physicians can carry out to cover what they feel should be the right extra-billing.

Could you comment on that in a way that would be helpful in dealing with the physicians' problems?

Prof. Evans: Yes, I will try to be helpful; but I am not sure I can.

We have been through this in the universities, with the problem of merit pay, for as long as I can remember. There is nothing that will tie up a group of academics longer and more energetically than the question of how do you define appropriate merit pay in a field of that sort. I think the problem is essentially the same in medicine, and I guess in the professions generally. It is difficult to define, or difficult to figure out how to reward, superior performance. One thing I think is clear, however, is that extra-billing is not connected with the reward of superior performance. Why not? Because it is essentially self-reported superior performance. The decision to extra-bill is a decision by the individual who says, well, look, it is pretty clear that I am superior, so I am going to extra-bill.

Now, you might say the answer to that is, well, will the patients accept the extra-billing? But that brings you back to assuming patients are competent judges of the quality of care being provided by physicians, which if it were true would undercut the whole argument for professional licenseship. If patients really were informed consumers, we would not have licensing in the first place, and we would be back with Milton Friedman in a world in which you and I can both compete in supplying medical services; and I do not think that is a very attractive world.

So if you assume, which I think you must—and I think there is lots of evidence for it—that patients are not good judges of the quality of physicians, then extra-billing is not a way of rewarding the more competent physician. That essentially evades the thrust of your question, though, which is, if the extra-billing is not, what is? I do not know that there is a really good answer to that.

[Translation]

M. Evans: Je suis heureux de vous l'entendre dire.

M. Hudecki: Mais si vous voulez convaincre les médecins de ne plus surfacturer, il reste tout de même des problèmes. Que faites-vous pour récompenser le médecin ou le chirurgien qui a une longue expérience, une compétence exceptionnelle, et qui est prêt à consacrer à ses patients plus de temps que ses confrères ne le font?

Vous allez me dire que c'est aux sociétés médicales ou aux sociétés de médecins d'adopter un barème relatif. Mais lorsque ces sociétés essaient d'agir au niveau provincial, elles ne savent plus vraiment quelle proportion des fonds du système fiscal leur est destinée. Chaque province a son budget propre pour les services complémentaires de santé et il y a des variations considérables d'une province à l'autre. Chaque province évite de donner une idée claire de son statut financier ou d'expliquer dans quelle mesure les médecins peuvent négocier pour parvenir à une juste compensation de ce qu'ils considèrent une surfacturation justifiée.

A votre avis, qu'est-ce qui pourrait aider à régler les problèmes des médecins?

M. Evans: Je vais essayer de vous aider, mais je ne suis pas certain de le pouvoir.

C'est un problème dont on discute dans les universités, celui du salaire au mérite, depuis aussi longtemps que je puisse me souvenir. Aucune discussion n'excite plus un groupe d'universitaires que la question de la définition du salaire au mérite. Dans le domaine de la médecine, c'est à peu près la même chose, et j'imagine dans les autres professions également. C'est très difficile à définir, très difficile de savoir comment récompenser les prestations exceptionnelles. Une chose est claire, toutefois, la surfacturation n'a rien à voir avec la possibilité de récompenser les prestations exceptionnelles. Pourquoi? Parce que dans le système, chacun juge de ses propres mérites. Chaque médecin, individuellement, décide de surfacturer: voilà, il est évident que j'ai des compétences exceptionnelles, je vais donc surfacturer.

Vous allez me dire qu'il reste à savoir si les patients accepteront cette surfacturation? Mais cela suppose que le patient est un juge compétent de la qualité des soins dispensés par les médecins et, si cela était vrai, tout le système des licences professionnelles deviendrait inutile. Si les patients étaient vraiment des consommateurs avertis, nous n'aurions pas besoin de donner des licences aux praticiens, nous reviendrions au monde de Milton Friedman où chacun est libre d'offrir des services médicaux dans une libre concurrence totale. Cela ne me semble pas très souhaitable.

Si vous acceptez, et je crois que vous n'avez pas le choix, cela est amplement prouvé, que les patients ne sont pas de bons juges des médecins, la surfacturation n'est pas le bon moyen de récompenser les médecins les plus compétents. Evidemment, je ne réponds pas vraiment à votre question puisque vous m'avez demandé ce qu'il fallait faire pour remplacer la surfacturation. Je ne sais pas s'il existe une réponse vraiment satisfaisante.

[Texte]

Mr. Hudecki: The doctors' societies should . . .

Prof. Evans: The doctors' society is probably the best that one can come up with; and then I am puzzled as to why that is a difficulty in negotiating with the provincial governments. The provincial governments, as far as I am aware, have always tried to contain global costs. They have said, look, split it any way you like. So if a medical society came forward with a proposal which said, we would like to increase fees for people who have this much experience or this type of qualification but not increase them as much for this one, and we have calculated these increases such that the global amount of increase will only be thus and so, I do not see why that would be any more difficult to bargain than a flat rate increase.

Mr. Hudecki: But if global amounts are not available, that information is not available, and it varies from province to province so drastically—you know, some provinces have a variety of extended care facilities that use up the greater part of . . .

Prof. Evans: No, no, I am talking about the global cost of physician services; payment under, for example, the Medical Services Plan of B.C.: they do not know how much is going out there to physicians. It is not global health care costs, but certainly you have information on global physicians' services costs, and that is what is negotiated between the provincial government and the physicians' association.

Mr. Hudecki: In many places, with the tax system and with the tax points and the extra funds that come in, there really is not an accurate accounting as to what funds are available . . .

Prof. Evans: Oh, yes; but what is available is what is the total general revenue picture of the province. There is no earmarking of the tax points. The money that flows from the federal government, as we in B.C. know only too well, is in no sense ear-marked for particular forms of expenditure. Periodically the federal government may huff and puff and beat the provinces over the head for what they regard as diversion of those funds, but the problem that, say, the B.C. physicians have in negotiating with the provincial government is not connected with how much they do or do not get from the feds. It is connected with whether the Yankees are building houses and whether the Japanese are building cars.

Mr. Hudecki: But it should be made in negotiation.

My last question is on the question of opting out. The whole issue of giving the professionals their right to work within the system or not I thought was covered by the concept of opting in or opting out, and if you could opt out but not extra-bill, that would still give you professional freedom and professional rights.

You were not really bringing that up. Would you make a comment on that? Is that a feasible approach?

[Traduction]

M. Hudecki: Les sociétés de médecins devraient . . .

M. Evans: Les sociétés de médecins sont probablement la meilleure solution possible. Toutefois, je ne comprends pas pourquoi cela pose un problème de négociation avec les gouvernements provinciaux. Que je sache, les gouvernements provinciaux ont toujours cherché à endiguer le coût global, ils ont toujours dit: débrouillez-vous pour répartir les fonds disponibles. Si une société médicale présentait une proposition d'augmentation des honoraires des médecins qui ont telle expérience, telles qualifications, avec un barème comparatif pour les différentes spécialités et différents paliers de compétences, je ne vois pas pourquoi cela poserait plus de problèmes qu'une augmentation fixe générale.

M. Hudecki: Mais si le financement global n'est pas disponible, cette information n'est pas disponible et cela varie tant d'une province à l'autre—vous savez, certaines provinces ont des services complémentaires de santé qui englobent la majeure partie . . .

M. Evans: Non, pas du tout, je parle du coût global des services rendus par des médecins. Par exemple le régime des services médicaux de Colombie-Britannique: ils ne savent pas combien d'argent est destiné aux médecins. Il ne s'agit pas du coût global des soins de santé, car vous devez avoir des informations sur les coûts des services rendus par les médecins et cela fait l'objet de négociations entre le gouvernement provincial et l'association de médecins.

M. Hudecki: Très souvent, avec le système fiscal et les points fiscaux, sans parler des fonds supplémentaires qui arrivent, on ne peut pas avoir une idée précise des fonds qui sont vraiment disponibles . . .

M. Evans: Mais certainement, les fonds disponibles constituent le bilan du revenu général de la province. Il n'est pas question de réserver des points fiscaux. L'argent versé par le gouvernement fédéral, comme nous le savons trop bien en Colombie-Britannique, n'est absolument pas réservé à certaines dépenses particulières. Périodiquement, le gouvernement fédéral peut se mettre en colère et sermonner la province lorsqu'il estime que des fonds ont été mal employés. Mais si les médecins de Colombie-Britannique ont des problèmes de négociation avec le gouvernement provincial, cela n'a rien à voir avec l'argent qu'ils reçoivent ou qu'ils ne reçoivent pas du fédéral. Au contraire, c'est lié directement aux maisons que les Américains construisent et aux automobiles que les Japonais fabriquent.

M. Hudecki: Cela devrait faire l'objet de négociations.

Ma dernière question porte sur la désaffiliation. J'avais eu l'impression que le principe de l'affiliation et de la désaffiliation permettait de donner aux professionnels une certaine liberté et des droits professionnels puisqu'ils pouvaient se désaffilier sans toutefois surfacturer.

Mais en fait, vous n'en avez pas parlé. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet? Est-ce une possibilité?

[Text]

Prof. Evans: My understanding is that that is covered by the Bill and that opting out is still permitted. That does not seem to me to be unreasonable. Do not borrow trouble, in other words.

Mr. Hudecki: Thank you.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Hudecki.

Dr. Evans, thank you very, very much. We appreciate your time.

• 1200

The Canadian Dental Association.

Order, please. We have with us the President of the Canadian Dental Association, Dr. Robert Hicks. Dr. Hicks, our apologies for running late, but that is the nature of the game.

Dr. Robert Hicks (President, Canadian Dental Association): Fine, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: I believe you have a brief you wish to present.

Dr. Hicks: Yes, I do, with your permission. I have a brief I would like to present, and then I have two other officers of the Canadian Dental Association—our past president, Dr. William Thompson, and our president-elect, Dr. Ralph Crawford—who will also be available for questioning after the presentation, if that is okay with you.

The Vice-Chairman: Do you wish to bring them to the table with you?

Dr. Hicks: If they would like to come.

Mr. Chairman, before opening I must identify that I am also from the same cabbage patch as Dr. Evans, Dr. Evans being a good friend of mine. I guess by his description I am one of those non-frustrated professionals from British Columbia. Now we will find out the truth.

Our comments, Mr. Chairman and committee members, are on some specific points of the proposed Canada Health Act and its regulations, and also some general comments. Possibly we can get into the more philosophical approach and comments in your questioning.

The Canadian Dental Association is the national association representing the dental profession in Canada. As health care professionals, we support the stated commitment of the Government of Canada to the principle of universal health insurance to ensure that necessary hospital and medical services will be accessible to all residents of Canada.

We recognize the fact that the Government of Canada has been making a substantial contribution to each of the provinces to help pay for health services. We understand that the proposed Canada Health Act sets out a continuing role for the federal government in this regard. Despite this understanding, we have some fundamental concerns about the Canada Health Act and proposed regulations. The purpose of this brief is to

[Translation]

M. Evans: Je crois qu'il en est question dans le bill et que la désaffiliation est toujours autorisée. Cela ne me semble pas déraisonnable. Autrement dit, n'allez pas chercher des ennuis.

M. Hudecki: Merci.

Le vice-président: Merci, docteur Hudecki.

Docteur Evans, merci infiniment, nous apprécions le temps que vous avez bien voulu nous consacrer.

L'association dentaire canadienne.

A l'ordre, je vous en prie. Nous recevons maintenant le président de l'Association dentaire canadienne, le Dr Robert Hicks. Docteur Hicks, nous nous excusons du retard, mais c'est presque inévitable.

Dr Robert Hicks (président de l'Association dentaire canadienne): Parfait, monsieur le président.

Le vice-président: Je crois que vous avez un mémoire à présenter.

Dr Hicks: Oui, si vous le permettez, j'ai un mémoire à vous présenter puis, en compagnie de mes collègues, le précédent président de l'Association dentaire canadienne, le Dr William Thompson, et le président élu, le Dr Ralph Crawford, nous répondrons à vos questions si vous le voulez bien.

Le vice-président: Voulez-vous qu'ils se joignent à vous?

Dr Hicks: S'ils le veulent.

Monsieur le président, avant de commencer, je dois préciser que le Dr Evans est un bon ami à moi et que nous venons tous deux du même moule. Si l'on en croit sa description, je suis l'un de ces professionnels non frustrés de Colombie-Britannique. Et maintenant, nous allons savoir la vérité.

Monsieur le président, membres du comité, nous nous sommes attachés à certains aspects particuliers du projet de loi sur la santé et de ses règlements, et nous avons également des observations d'ordre général. Je profiterai peut-être de vos questions pour aborder les aspects plus philosophiques.

L'Association dentaire canadienne est une association nationale qui représente les dentistes du Canada. En notre qualité de professionnels des soins de santé, nous soutenons le gouvernement du Canada qui s'est engagé à défendre le principe de l'universalité de l'assurance-santé pour donner à tous les résidents du Canada libre accès aux services hospitaliers et médicaux dont ils ont besoin.

Nous savons que le gouvernement du Canada verse des contributions substantielles à toutes les provinces pour les aider à défrayer les coûts des services de santé. Nous savons que le projet de loi canadienne sur la santé réaffirme ce rôle du gouvernement fédéral. Cela dit, ce projet de loi et la réglementation qui l'accompagne nous causent des inquiétudes. Nous avons donc rédigé ce mémoire pour porter ces inquiétudes à l'attention du comité parlementaire.

[Texte]

bring these concerns to the attention of the parliamentary committee.

From the outset, we acknowledge that our brief addresses both the Canada Health Act and a set of unofficial draft regulations we have received from provincial sources. It is our view that the two documents are extremely difficult to separate in the case of dentistry. It is through the regulations, of course, that the Canada Health Act will be implemented.

As the association representing the dental profession at the national level, we would have expected to have been consulted during the development of such regulations. We were not consulted, and respectfully request that such consultation occur prior to their further use or consideration.

We believe that the regulations illustrate serious problems within the Canada Health Act as currently constituted. The Canada Health Act deals with items of patient care by exclusion. All items of care are covered except those listed as excluded, while the regulations are inconclusive.

• 1205

The system is confusing and open to significant variance in interpretation, Mr. Chairman. For example, it appears that the regulations are directly contrary to the Act, in the case of dental services, and the draft regulations in subsection 22(a) propose a specific list of surgical dental procedures to be included, not excluded, as the Act claims.

In addition, the draft regulations include odontectomies as an insured service. Now, odontectomy is a technical term for the extraction of teeth, and the addition of this particular procedure as an eligible service, will add many millions of dollars to the cost of our provincial health insurance programs. If these additional funds are truly available, they should not be utilized as compensation for a form of dental health neglect. Instead, they should be used for the expansion of dental education and preventive services, which have proven to be very effective over a period of time. This would also be more in keeping with the federal Minister's intent that the act will be a positive force in improving the health status of Canadians.

The Canadian Dental Association and our provincial associations across Canada have also, for many years, been encouraging provision of dental facilities in all new hospitals, and the expansion of existing facilities, in order that in-hospital patients can receive dental treatment. We believe we have demonstrated needs, but little seems to have been achieved. Many reasons have been given, Mr. Chairman, but the lack of funding is the underlying difficulty.

The dental profession is also concerned that the Act and the regulations are ambiguous with regard to the qualification "medical necessity." We feel that through changes to the Act or the regulations, this ambiguity should be eliminated and the qualification regarding medical necessity be clarified.

[Traduction]

Dès le départ, nous reconnaissons que nous nous sommes fondés sur la loi canadienne sur la santé mais également sur un projet de réglementation non officiel que nous avons reçu de source provinciale pour rédiger notre mémoire. À notre sens, il est très difficile de dissocier ces deux documents pour tout ce qui a trait au service dentaire. Évidemment, la loi canadienne sur la santé sera appliquée par l'entremise de règlements.

Puisque nous représentons les dentistes au niveau national, nous nous attendions à être consultés au moment de la préparation de ces règlements. Nous n'avons pas été consultés et nous aimerions l'être avant que ces règlements ne soient modifiés ou adoptés.

À notre avis, les règlements témoignent de problèmes graves posés par la loi canadienne sur la santé sous sa forme actuelle. La loi canadienne sur la santé traite de certains soins aux patients par voie d'exclusion. Tous les types de soins sont couverts à l'exception de ceux qui sont exclus; la réglementation n'apporte pas plus de clarté.

Le système est confus et peut donner lieu à des différences d'interprétation considérables, monsieur le président. Par exemple, les règlements semblent contredire directement la loi dans le cas des services dentaires et l'alinéa 22a) du projet de règlement propose une liste précise d'opérations chirurgicales dentaires qui doivent être incluses, et non pas exclues comme le voudrait la loi.

De plus, le projet de règlement considère que les odontectomies sont un service assuré. Or, odontectomie, c'est un terme technique qui désigne l'extraction des dents, et si cette opération devient un service assuré, cela va coûter aux programmes d'assurance-santé provinciaux des millions de dollars. Si ces fonds supplémentaires sont vraiment disponibles, ils ne devraient pas servir à remédier à ce qui est en fait de la négligence en matière d'hygiène dentaire. Au contraire, ils devraient servir à étendre les services préventifs et l'éducation en hygiène dentaire dont les mérites sont aujourd'hui reconnus. Ce serait d'ailleurs plus conforme aux objectifs du ministre fédéral qui veut que cette loi contribue à améliorer la santé des Canadiens.

L'Association dentaire canadienne et nos associations provinciales dans tout le Canada réclament depuis très longtemps la création de services dentaires dans tous les nouveaux hôpitaux et l'expansion des services qui existent déjà, ce qui permettrait de dispenser des soins dentaires aux patients hospitalisés. Nous pensons avoir prouvé que ce besoin existait, mais jusqu'à présent, on n'a pas fait grand-chose. Les raisons sont multiples, monsieur le président, mais le manque de fonds constitue la difficulté fondamentale.

La profession dentaire considère que l'expression «nécessité médicale» dans la loi et le règlement n'est pas suffisamment claire. Il faudrait donc modifier la loi ou le règlement pour supprimer cette incertitude et expliquer clairement ce qui constitue une nécessité médicale.

[Text]

There are many dental procedures performed in hospital, out of medical necessity, that are also routinely performed in dental offices. In our view, medical necessity should relate to other health care needs of the patient and not necessarily to the dental procedure being performed. As an example, with patients who are otherwise healthy, it is the common practice to perform surgical extraction in private offices. However, if the patient has other health problems, such as brittle or uncontrollable diabetes or heart problems, the patient needs support services of a hospital environment, and for any type of anesthetic, administration of drugs or where there is potential for the patient to become acutely ill.

The dental profession reiterates a strong concern that the regulations and the specific service included be reviewed before final adoption, in consultation with the profession.

There is also some doubt as to the intended scope of the influence of the Canada Health Act as it pertains to dentistry. Section 2 of the interpretation states:

... "health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services.

It is assumed that the scope of the Canada Health Act does not include or affect provincially sponsored dental plans, but the Act does not say so. An Act of such scope and importance should clearly outline both what it includes, and also any specific exclusions. If there are no specific exclusions, then there are potential problems that may lie ahead.

We also note with concern that the punitive provisions of Section 18 of the Act have potential impact on the proven concept of economic incentives for preventive dental care.

The dental profession is proud of its efforts and successes in the area of disease prevention. Research and experience has clearly shown that most dental disease can be prevented, and the profession has placed a great deal of emphasis on prevention. Statistics illustrate the results of success. There has been a dramatic decrease in the prevalence of tooth decay, tooth loss, periodontal or gum disease. This could not have been achieved, however, without public awareness and continuing recognition by individuals of responsibility for their own dental health.

To foster such responsibility and awareness, the profession has consistently recommended that dental insurance plans include a co-insurance factor; that is to say, a percentage of the cost of dental treatment should be borne by the patient. We have also consistently supported, on the other hand, the establishment of 100% coverage of the costs of the prevention portion of dental programs. The co-insurance concept could be interpreted as being in violation of Clause 18 of the proposed Canada Health Act. We believe that despite the federal government's contention that extra-billing inevitably has a negative impact on access to health care, the co-insurance

[Translation]

Il y a beaucoup d'opérations dentaires qui se pratiquent en milieu hospitalier, par nécessité médicale, mais qui se pratiquent également fréquemment dans les cabinets de dentiste. À notre avis, la nécessité médicale devrait être réservée à d'autres soins de santé dispensés au patient et non pas forcément à une opération dentaire. Par exemple, nous pratiquons fréquemment des extractions chirurgicales dans nos cabinets lorsque les patients sont en bonne santé. Toutefois, dans le cas du patient qui a d'autres problèmes de santé, par exemple la diabète incurable, des problèmes cardiaques, le patient a besoin des services de soutien d'un milieu hospitalier et c'est également nécessaire lorsqu'il y a une anesthésie, administration de médicaments ou lorsque le patient risque de devenir gravement malade.

La profession dentaire insiste pour que la réglementation, en particulier la liste des services inclus, soit remise en question avant l'adoption finale, et cela, en consultation avec la profession.

Nous nous interrogeons également sur les effets de la Loi canadienne sur la santé sur le secteur dentaire. L'article 2 qui contient les définitions prévoit:

... «régime d'assurance-santé», le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

On suppose que la Loi canadienne sur la santé ne porte pas sur les régimes dentaires administrés par les provinces, mais la loi ne le précise pas. Une loi d'une telle portée et d'une telle importance devrait délimiter clairement ce qui est compris, et également, ce qui est exclu spécifiquement. Or, nous ne trouvons pas ici d'exclusion spécifique et cela risque de poser des problèmes plus tard.

Les dispositions punitives de l'article 18 de la loi risquent également de porter atteinte aux encouragements économiques pour les soins dentaires préventifs qui ont pourtant fait leur preuve.

La profession dentaire est fière de ses efforts et de ses succès dans le domaine de la prévention. La recherche et l'expérience ont prouvé clairement que la plupart des maladies dentaires pouvaient être évitées et c'est pourquoi nous attachons une telle importance à la prévention. Les statistiques sont la preuve de notre succès. La carie dentaire, les pertes de dents et les maladies parodontaires ou des gencives ont diminué de façon spectaculaire. Cela n'aurait pas été possible sans un programme d'éducation du public, et si les gens n'avaient pas accepté la responsabilité de leur propre hygiène dentaire.

Pour encourager ce sens de la responsabilité, cette prise de conscience, la profession dentaire recommande depuis longtemps d'ajouter un facteur de co-assurance aux régimes d'assurance dentaire. Cela signifie qu'un pourcentage du coût des traitements dentaires serait défrayé par le patient. D'autre part, nous pensons que les coûts de l'élément prévention des programmes dentaires devraient être remboursés à 100 p. 100. Le principe de l'assurance conjointe pourrait s'interpréter comme étant contraire à l'article 18 du projet de loi canadienne sur la santé. À notre avis, même si le gouvernement fédéral prétend que la surfacturation ne peut qu'avoir une

[Texte]

concept in dentistry has contributed to improved dental health and a decreased incidence of dental disease.

• 1210

In summary, Mr. Chairman and members of the committee, the Canadian Dental Association is concerned that the regulations of the proposed Act will create expansion of the eligible dental services beyond their present level, will create increased financial responsibility in health care provisions for the provinces and will create uncertainty in the interpretation due to their ambiguous relationship to the proposed Act. With regard to the Bill itself, we are concerned that provisions of Clause 18 will disallow the possibility of using co-insurance incentives in planning future dental plans.

In the event that federal funding to the provinces for health services is insufficient, or if the provinces experience financial penalties under the proposed Act, we are concerned that the provinces will not be able to afford their existing dental care plans. We are also concerned that the rigid conditions put forward in the proposed Act will cause the provinces to lose some flexibility they require to meet the responsibilities for the provision of health care services to the residents.

Upon invitation, the Canadian Dental Association is prepared to discuss further the draft regulations, the relations to the proposed Canada Health Act, the specific implications and desirable changes as they relate to dental care.

Thank you, Mr. Chairman, for this opportunity to present our point of view. We offer ourselves for questioning at your desire.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Hicks. Mr. Lachance

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman. I welcome the representatives of the Canadian Dental Association. They have been rather specific in their criticism of the way the proposed Canada Health Act tackles the whole subject of insured dental services. I had noticed myself a certain discrepancy in Clause 22 which spells out that there will be a list of those services to be excluded, but the draft regulation did the opposite, listed those meant to be included. I have brought that to the attention of whomever was responsible for the drafting, because I was a bit puzzled.

The fact is, the problem the Bill tries to address is how to define those dental services that have to be performed in a hospital—and of course you recognize that fact in certain circumstances—and to make sure that in those cases the patient is insured. You have not specifically proposed how to address this problem, either by regulation or through a better

[Traduction]

incidence négative sur l'accès aux soins de santé, le principe de l'assurance conjointe pour les soins dentaires a néanmoins contribué à améliorer les soins dans ce secteur et à diminuer l'incidence des maladies des dents.

En d'autres termes, monsieur le président et membres du Comité, l'Association dentaire canadienne craint que les règlements d'application du projet de loi n'entraînent une augmentation des services dentaires admissibles au-delà de leur niveau actuel, une augmentation de la responsabilité financière qui figure dans les dispositions en matière de soins de santé pour les provinces ainsi qu'une certaine incertitude au niveau de l'interprétation en raison de leurs rapports ambigus avec le projet de loi. En ce qui concerne le projet de loi en soi, nous nous inquiétons que les dispositions de l'article 18 ne suppriment la possibilité d'appliquer des incitatifs propres à l'assurance conjointe au moment de mettre au point des régimes dentaires.

Nous craignons également qu'il ne soit impossible pour les provinces d'assumer les frais de leur programme de soins dentaires existant si les fonds que le gouvernement fédéral leur accorde pour leurs services de santé sont insuffisants ou si elles se voient imposer des sanctions financières conformément au projet de loi. Nous nous inquiétons également que les conditions très strictes énoncées dans ce projet de loi ne fassent perdre aux provinces le degré de souplesse dont elles ont besoin pour assumer leurs responsabilités en matière de services de santé pour leurs résidents.

Si vous le désirez, l'Association dentaire canadienne est disposée à discuter dans les détails du projet de règlement, des liens avec le projet de loi canadien sur la santé, des répercussions spécifiques et des changements qu'il serait souhaitable d'apporter au sujet des soins dentaires.

Je vous remercie, monsieur le président, de nous avoir fourni cette occasion de présenter notre point de vue. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

Le vice-président: Merci, docteur Hicks. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur le président. J'aimerais souhaiter la bienvenue aux représentants de l'Association dentaire canadienne. Ils ont formulé des critiques très précises sur la façon dont le projet de loi canadien sur la santé aborde toute la question des services dentaires assurés. J'avais remarqué moi-même une certaine incohérence dans l'article 22 qui prévoit qu'une liste des services exclus sera dressée. Mais le projet de règlement fait exactement le contraire, c'est-à-dire qu'il nous donne une liste des services inclus. J'ai attiré l'attention des auteurs sur cet aspect qui nous a laissés quelque peu perplexes.

En fait, le problème que l'on essaie de régler dans le projet de loi est la définition des services dentaires qui doivent être dispensés à l'hôpital—et vous n'êtes pas sans savoir que cela est nécessaire dans certains cas—et la question de veiller à ce que les patients dans ce genre de situation soient assurés. Mais vous ne nous proposez aucun moyen de résoudre ce problème,

[Text]

definition in Clause 2. What I would like to know from you is if you would be more comfortable with a statutory recognition of the existing practice and how it should be drafted to enshrine, if one wants, the actual practice, the *status quo* of those patients who need dental care and have to go to the hospital because of special circumstances. How would you tackle that recognition?

Dr. Hicks: Mr. Chairman, that crossed my mind immediately when the regulations came to me: What would you do to correct this? Then I took the next step, to ask: What is being done now?

• 1215

These regulation came to us about two weeks ago, consequently I have been able to survey only about three to four provinces, but in our profession at the present time it seems not to be a problem. Each individual province has made regulations, and where there did not seem to be consistency with those regulations, they had made it. They were also all successful in making sure that access for the patient who needs that care is covered.

But as to the problem I am alluding to here, the present wording, the potential for abuse and the potential for a long waiting list occurring, with the patient who really needs that care being at the back of the line while the patient who could have the care and one location or another being in the front of the line, they have addressed that problem and over the years, have dealt with it and feel comfortable with it as it stands today.

I guess I am saying that like you, I would have a great deal of difficulty coming up with a specific regulation that would work well in every situation. It seems perhaps better to leave the regulations of that particular portion of the proposed Act with the provinces. You have a definition of what you are after in the Bill, but to open it up with the word . . . Well, the word that really triggered us, Mr. Chairman, was the word "odontectomy"; a simple tooth extraction makes a Canadian with a medical need, a need for a hospital bed, which starts to get difficult in finding access to funding under the proposed Act. This would create a severe problem for the provinces.

Mr. Lachance: Let me be even more specific. In my mind, anyway, the intention of the Bill, as far as dental services are concerned, is purely and simply to re-enact what exists now. Right?

Dr. Hicks: Yes.

Mr. Lachance: So that is clear. Now, how to do it is the problem. Should it be done through regulation and consultation and eventually provincial approvals of those relations, or should it be left entirely to a general definition in Clause 2, which would provide that whenever a patient needs hospitalization for dental care, in those cases that hospitalization service should be covered? Something of that nature—very general. Will that cover the *status quo*, or will we still need regulations to put it into force?

[Translation]

qu'il s'agisse d'un règlement ou d'une amélioration de la définition à l'article 2. J'aimerais savoir si vous préféreriez que les textes législatifs reconnaissent cette pratique et comment on pourrait libeller une disposition qui protégerait les patients qui ont besoin d'aller à l'hôpital pour obtenir des soins dentaires. Comment aborderiez-vous ce problème?

M. Hicks: Monsieur le président, lorsque j'ai vu le règlement, la première question que je me suis posé était de savoir comment je corrigerais cette situation. Je me suis ensuite demandé ce qui se faisait maintenant.

Nous avons reçu ces règlements il y a environ deux semaines. Je n'ai donc pu examiner la situation que dans trois ou quatre provinces. Il semble que cela ne pose pas de problème pour notre profession à l'heure actuelle. Chaque province a ses propres règlements et dans les cas où il y a incohérence, elles en sont responsables. Par contre, elles ont toutes réussi à assurer ce genre de soins pour les patients qui en ont besoin.

En ce qui concerne le problème dont je parle ici, le libellé actuel, le potentiel d'abus et de longues listes d'attente, c'est-à-dire qu'un patient qui a vraiment besoin de soins se retrouve au bas de la liste tandis que le patient qui peut recevoir ce genre de soins dans un endroit ou un autre se retrouve au haut de la liste, ce problème donc a été plus ou moins réglé par les provinces et elles sont satisfaites de leur solution.

Je pense que ceci revient à dire qu'il me serait tout aussi difficile qu'à vous de mettre au point un règlement qui serait efficace dans toutes les situations. Je pense qu'il vaudrait mieux laisser aux provinces le soin d'établir les règlements afférents à cette disposition de la loi. Vous avez déjà dans le projet de loi une définition de ce que vous voulez, mais si vous l'élargissez en utilisant le terme . . . Eh bien, le terme qui nous a vraiment inquiété, monsieur le président, est «odontectomie». Nous nous étonnons que la nécessité d'extraire une dent puisse être considérée comme un besoin médical exigeant un lit d'hôpital. Le projet de loi compliquerait l'accès au financement. Ceci entraînerait un problème grave pour les provinces.

M. Lachance: Permettez-moi d'être un peu plus précis. Il me semble que ce projet de loi ne fait que confirmer la disposition existante en matière de soins dentaires. N'est-ce pas?

Dr Hicks: Oui.

M. Lachance: Donc c'est clair. La façon de procéder pose un problème. Avons-nous besoin d'un règlement qui nécessiterait la consultation avec les provinces et leur approbation ou pouvons-nous nous contenter d'une définition générale à l'article 2 qui prévoirait que les services dispensés à un patient qui doit être hospitalisé pour des soins dentaires sont assurés? Enfin quelque chose du genre, très général. Est-ce que cela maintiendrait le statu quo ou aurions-nous encore besoin d'un règlement?

[Texte]

Dr. Hicks: Mr. Chairman, I am glad it has been acknowledged that the first concern is to keep the *status quo*, which we support. There is nothing wrong with the *status quo*. We are not here to change the *status quo*. But the regulations have expanded the *status quo* quite a bit. How to do it? I guess if through the Bill you feel that this control is necessary, then probably through the regulations would be the more specific way, because of what a regulation is supposed to do. Also, a regulation can be fine tuned and administered if you have made a mistake; possibly much easier than going back into the Act.

I could not find anybody complaining about the existing situation, which gives a definition in the Bill but does not have a regulation that is very specific to it. I guess I am looking at a situation whereby if something is not broken maybe it does not need to be fixed. Because if we try to fix it by trying to be very specific and very balanced from every province to province, we may have difficulty in coming up with the correct words.

Mr. Lachance: If I understand you correctly, the present situation in the actual Bill is only a general definition, in two or three lines, and the rest is left for the relevant province's regulations to enact it.

Dr. Hicks: That is correct.

Mr. Lachance: And that has been the practice up to now.

Dr. Hicks: Yes, and the regulations got in to perhaps try to fix something . . .

Mr. Lachance: The provincial regulations.

Dr. Hicks: No, no. The provincial regulations are the ones that fine tune it to what they wish to have.

Over the last 10 years some provinces have gone through three and four stages of refining that very one, odontectomy, to make sure that just having a tooth removed does not require, as you know, expensive hospitalization just to make you eligible for funding. Then they put in the stipulation of a number of teeth. That was wrong too. It is not the number of teeth that makes you . . . The intent of the Bill is clear: When you need a hospital it should be available from the funding. The wording does not support that feeling.

I am sorry, but that is why we are saying that if the regulations are the route to go, if we could sit down with somebody and take the time . . . we are offering our services to do that, but I cannot do that for you today.

Mr. Lachance: I was coming to that. Because we are entering the clause-by-clause consideration 10 days from now, within the coming days or a week could you provide us with at least a Clause 2 definition of what you feel is an enactment of the *status quo*? That will be very useful for the committee to have.

[Traduction]

Dr Hicks: Monsieur le président, je suis content de constater que la première préoccupation consiste à maintenir le statu quo, ce que nous préconisons. Nous ne voyons pas la nécessité de modifier la situation actuelle. Mais les règlements l'ont beaucoup élargie. Comment faire? Si vous estimez que ce genre de contrôle est nécessaire, vous pourrez inclure une disposition en ce sens dans le projet de loi, mais les règlements seraient beaucoup plus spécifiques en raison de leur nature. Qui plus est, il est beaucoup plus facile d'améliorer et de modifier un règlement qu'un projet de loi en cas d'erreur.

Personne ne se plaint de la situation actuelle, où l'on a une définition dans le projet de loi sans un règlement correspondant. Il me semble que s'il n'y a rien de cassé, il n'y a rien à réparer. Mais je crains que si nous voulons être très précis et adopter un règlement qui s'applique à toutes les provinces, nous n'ayons de la difficulté à trouver un libellé approprié.

M. Lachance: Si j'ai bien compris, il y a à l'heure actuelle une définition générale dans le projet de loi qui compte deux ou trois lignes et pour le reste, c'est aux provinces qu'il appartient d'adopter des règlements.

Dr Hicks: C'est exact.

M. Lachance: Du moins c'est ce qui s'est fait jusqu'à présent.

Dr Hicks: Oui et nous avons adopté des règlements pour essayer de remédier à . . .

M. Lachance: Aux règlements provinciaux.

Dr Hicks: Non, non. Les règlements provinciaux servent à clarifier la situation et à adapter la loi de manière à la rendre conforme aux besoins de chaque province.

Au cours des 10 dernières années, il y a des provinces qui ont traversé trois ou quatre étapes d'amélioration du règlement sur l'odontectomie pour s'assurer que la simple extraction d'une dent n'exige pas des services hospitaliers coûteux, comme vous le savez, pour vous rendre admissible au financement. Ils ont ensuite prévu le nombre de dents. C'était aussi une erreur. Ce n'est pas le nombre de dents qui vous rend . . . L'intention du projet de loi est claire: lorsque vous avez besoin de soins hospitaliers, le financement devrait être disponible. Mais le libellé ne reflète pas cette préoccupation.

Je m'excuse, mais c'est la raison pour laquelle nous vous disons que si vous choisissez la voie des règlements, nous aimerions bien rencontrer quelqu'un et prendre le temps de . . . Nous vous offrons nos services, mais je ne peux pas le faire aujourd'hui.

M. Lachance: J'allais justement y venir. Nous allons commencer notre étude article par article dans 10 jours alors j'aimerais savoir si vous pourriez nous fournir d'ici quelques jours ou une semaine une définition pour notre article 2, qui, selon vous, maintiendrait le statu quo? Ça nous serait très utile.

[Text]

• 1220

Dr. Hicks: You would like us, Mr. Chairman, to deal strictly with Clause 2?

Mr. Lachance: Yes.

Dr. Hicks: Not with the regulations then?

Mr. Lachance: The regulations themselves of course are not for this committee to deal with. At some point there will have to be consultation with you and the provinces.

Dr. Hicks: I appreciate that, that is why I prefaced my remark. I am afraid I am going to have to deal with the two together.

Mr. Lachance: If we have to do revision, it will still be there in six months I guess only with the dental care. That will be helpful for us because I think it is the intention to enact the status quo, period. We want to achieve that with the best possible wording in consultation with the specialists in the field. So if we could have that formulation from you of the Clause 2 definition it would be very helpful to the committee.

Dr. Hicks: I would be very pleased to submit that to the committee as quickly as we can come up with our thoughts on it in a written form.

Mr. Lachance: Thank you very much, Mr. Chairman.

Le président: Merci, monsieur Lachance.

Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Thank you, Mr. Chairman. I have two young daughters who are now going to orthodontists. As you know, it is a couple of years' process and it is very expensive. I am fortunate to be able to pay it. It is not covered under our present plan—I found out it was not even covered under my private insurance plan.

From your discussion of this Bill, do you think there is any possibility that those kinds of costs will be allowed? I am able, as I say, to pay for that, but there are many fathers who are unable to pay. They have to go through life with a situation that wealthier people do not have to tolerate.

The way the Bill and the regulations are now drafted, is it possible for provincial associations to negotiate things like that in the program?

Dr. Hicks: If I may, Mr. Chairman, with respect to the example the member gives, many employed people in Canada have that type of insurance that you are talking about, but specifically the co-insurance factor is involved, and particularly in the area of orthodontic treatment.

Some provincial plans that relate to human resources, social welfare type plans—in British Columbia we have a plan for skeletal deformities, cleft palates, etc. that involves orthodontic care. Many of those plans involve a co-insurance factor, because there is a lot of co-operation and care that is required of the patient during the course of that treatment, as you, I am sure, well understand.

[Translation]

Dr Hicks: Voudriez-vous que nous ne nous occupions, monsieur le président, que de l'article 2?

M. Lachance: Oui.

Dr Hicks: Sans même toucher aux règlements, alors?

M. Lachance: Les règlements ne relèvent bien entendu pas de ce Comité. À un moment donné, il faudra que nous vous consultations ainsi que les provinces.

Dr Hicks: Je le sais, c'est pourquoi je l'ai mentionné. Je crains être obligé de m'occuper des deux en même temps.

M. Lachance: Si nous avons des révisions à faire, nous pourrions encore le faire dans six mois pour ce qui concerne les soins dentaires. Cela nous sera utile parce que je crois bien que l'intention est de maintenir le statu quo, un point c'est tout. Nous voulons arriver au meilleur libellé possible en consultation avec les experts de ce domaine. Donc, si vous pouvez nous envoyer votre définition pour l'article 2, cela nous serait très utile.

Dr Hicks: Avec le plus grand plaisir, dès que nous aurons pu mettre nos idées sur papier.

M. Lachance: Merci beaucoup, monsieur le président.

The Chairman: Thank you, Mr. Lachance.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Merci, monsieur le président. J'ai deux jeunes filles qui ont besoin de soins orthodontiques. Comme vous le savez, ce genre de soins durent un ou deux ans et sont très coûteux. Je suis chanceux d'avoir les moyens de payer ce service. Ils ne sont pas assurés dans le cadre de notre programme actuel. J'ai même découvert qu'ils n'étaient pas assurés dans mon contrat d'assurance privée.

Les discussions que nous avons eues jusqu'à maintenant au sujet de ce projet de loi vous portent-elles à croire que ces coûts deviendront admissibles? Comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai les moyens de payer ces services, mais il y a d'autres pères qui ne sont pas aussi chanceux. Ils doivent endurer une situation que des personnes plus à l'aise peuvent corriger.

Le libellé actuel du projet de loi et du règlement permet-il aux associations provinciales de négocier ce genre d'aspects?

Dr Hicks: Sauf votre respect, j'aimerais signaler, monsieur le président, à M. le député, que beaucoup de travailleurs canadiens ont le genre d'assurance dont il parle, et qui inclut un facteur d'assurance conjointe surtout pour ce qui concerne les soins orthodontiques.

Certains régimes provinciaux qui sont reliés aux ressources humaines et aux programmes de bien-être social—par exemple, en Colombie-Britannique, nous avons un programme qui couvre les malformations des os et les becs-de-lièvre qui nécessitent des soins orthodontiques. Un grand nombre de ces régimes comportent un facteur d'assurance conjointe parce que le patient a besoin de beaucoup de collaboration et de soins

[Texte]

My concern and the concern of our association is extra-billing is one thing—a fee is established and somebody goes beyond that, but it is a form of private contribution to the health care cost. Co-insurance, as in the case of orthodontics or private insurance, is where a fee is established—maybe an amount we will pay too—but a patient will provide a portion of that fee. Our concern is that if a provincial plan included—to use your example—orthodontics, and a co-payment factor was instituted in that plan, would it or could it be, and I think there is argument it could be, included under the definition in Clause 18 which says, wait a minute, that is a contribution by a patient to the health service and therefore you are guilty of an infraction under Clause 18.

I am saying also, does this proposed Canada Health Act really relate to provincial health plans? It does not say that either.

Mr. Allmand: If I understand you correctly, it is not clear on these points then.

Dr. Hicks: That is right.

Mr. Allmand: I can give you another personal example, which I would like . . . To me one of the greatest areas where our medical care in Canada is not covered is in the area of dentistry. When I was at college, I played hockey and, like many players, got all my front teeth knocked out. I got a bridge at that time. Then later I got the bridge knocked out with the teeth that were holding the bridge. That made it worse. Recently I made inquiries about having another bridge made—it comes to \$4,000 or \$5,000. I have put it off. I am willing to take care of my daughters' teeth but not my own bridge.

• 1225

Again, I see a lot of people in the street with problems like that and they are not getting them done because it is very expensive. Will this Bill provide, according to your interpretation, the possibility of negotiating that kind of coverage?

Dr. Hicks: Mr. Chairman, no, sir. This is a Bill specifically related to surgical dental procedures performed in the hospital and that is the total scope of this Bill.

Mr. Allmand: So people that for one reason or another . . .

The Vice-Chairman: It is your last question, Mr. Allmand.

Mr. Allmand: —lose their teeth or have to have them extracted, need bridges . . .

Dr. Hicks: There are . . .

Mr. Allmand: —they have to cover that themselves?

Dr. Hicks: I am sorry, Mr. Chairman, I am not meaning to interrupt, but from a provincial responsibility, yes, there are programs that look after those types of situations—both

[Traduction]

pendant la durée de son traitement, comme vous le savez sans doute.

Mais ce qui me préoccupe et préoccupe notre Association, c'est que la surfacturation est une chose—un honoraire est fixé et il peut être dépassé, mais cela devient une forme de contribution privée au coût des soins de la santé. L'assurance conjointe, comme dans le cas de l'orthodontique ou des assurances privées, est le niveau auquel l'honoraire est fixé—peut-être un montant que nous devons payer aussi—mais le patient contribue en partie à cet honoraire. Nous craignons que si un régime provincial inclut—pour utiliser votre exemple—l'orthodontique, et qu'un facteur de paiement conjoint est intégré au programme, celui-ci pourrait être inclus, et je pense qu'il y a des bons arguments en ce sens, dans la définition de l'article 18 qui dit qu'il s'agit là d'une contribution par le patient au service de santé, ce qui vous rend, vous, coupable d'une infraction à cette disposition.

Je me demande également si ce projet de Loi canadienne sur la santé tient vraiment compte des régimes provinciaux? Ce n'est pas très clair.

M. Allmand: Si j'ai bien compris, ces aspects sont assez obscurs.

Dr Hicks: C'est exact.

M. Allmand: J'aimerais vous donner un autre exemple personnel . . . À mon avis, il y a une grande lacune dans notre régime d'assurance médicale au Canada et c'est le secteur dentaire. Quand j'étais au collège, je jouais au hockey et comme beaucoup de joueurs, j'ai perdu les dents de devant à la suite d'un coup. Je me suis fait faire un pont mais à la suite d'un autre coup, j'ai perdu et le pont et les dents qu'il retenait. Cela a aggravé le problème. Je me suis informé dernièrement du coût d'un nouveau pont et j'ai appris que cela me coûterait entre 4 000\$ et 5 000\$. J'ai décidé d'attendre. Je suis prêt à m'occuper des dents de mes filles, mais pas de mon pont.

J'ai remarqué que beaucoup de gens qui avaient ce genre de problème ne se faisaient pas soigner parce que c'était trop dispendieux. D'après votre interprétation, ce projet de loi permettrait-il de négocier ce genre de protection?

Dr Hicks: Non, monsieur le président. Le projet de loi prévoit expressément la chirurgie dentaire effectuée à l'hôpital et c'est tout.

M. Allmand: Donc, les personnes qui pour une raison ou une autre . . .

Le vice-président: Ce sera votre dernière question, monsieur Allmand.

M. Allmand: . . . perdent leurs dents ou doivent les faire enlever, et qui ont besoin de ponts . . .

Dr Hicks: Il existe . . .

M. Allmand: . . . doivent payer eux-mêmes les frais?

Dr Hicks: Je m'excuse, monsieur le président, je ne voulais pas interrompre, mais il existe des régimes provinciaux publics et privés pour couvrir exactement ce genre de situations. Mais

[Text]

publicly funded and privately funded. But that has been—possibly constitutionally and I am sure that is where it is directed—a provincial responsibility and not a responsibility of the federal government. So the Act does not cover that, but yes it is covered in Canada at a provincial level in a varying degree, depending upon the province.

Mr. Allmand: Thank you.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Allmand. Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I was thinking of whether we should not hold a tag day or something for Mr. Allmand.

Mr. Allmand: There are people who are worse off, much worse.

Mr. Epp: But I think . . .

Mr. Allmand: You should do it publicly, perhaps.

Mr. Epp: Well, when we take a look at the system, I mean—and I am not trying to be personal in any way—it is a matter of where is the evaluation between what is a necessary medical procedure and cosmetic activity as well. I mean, there is a limit to which, I think, the public can obviously fund these kinds of programs.

I just want to reiterate what my colleague Mr. Lachance said. I would think Section 2, that would be very helpful. I really do not have many questions. The situation we face in this committee, there is a lot of pressure and valid pressure to my mind from a number of groups, be they health care providers, consumers . . . I find health care consumer, that term, is almost an anathema to me because I think there is a better word than that. People who obviously have a legitimate need for the use of health care . . .

Dr. Hicks: I am sorry. Dr. Evans has trained me for years to accept that term, sir.

Mr. Epp: Oh, then I guess my training is incomplete.

Dr. Hicks: He has taught me to be an economist.

Mr. Epp: This is an opportunity for us to look ahead in terms of what are the needs of the Canadian public and how we can best develop a system which would meet those needs and also be financially viable. That is the Gordian knot.

I found the comment that Mr. Lachance made rather interesting when he said that our purpose here is to make sure that in the wording we retain "the status quo". That, I think, really touches the dilemma both of the government and this committee because this Bill, in the minds of many people and legitimately so, should go beyond "the status quo". That is really what we should be concentrating on and that extra-billing and user fees are a legitimate part of that debate. I have no difficulty with the legitimacy of that part of the debate. I guess all of us have to, or are coming to the realization over these last two weeks, as we have had witnesses before us as to that which is legitimate and should be considered, and the restrictions or the, both the legal and the constitutional,

[Translation]

ces régimes relèvent de la responsabilité provinciale et non pas fédérale, peut-être en vertu de la Constitution mais je n'en suis pas certain. Les dispositions du projet de loi ne couvrent pas ce genre de situations, mais il existe, selon la province, des régimes plus ou moins étendus.

M. Allmand: Merci.

Le vice-président: Merci, monsieur Allmand. Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Nous pourrions peut-être prévoir une journée de vente d'insignes ou autre chose, pour M. Allmand.

M. Allmand: Il y a des gens dont la situation est bien pire.

M. Epp: Mais je pense . . .

M. Allmand: Peut-être pourriez-vous le faire publiquement.

M. Epp: Mais si on regarde l'ensemble du système—j'espère que vous n'y verrez rien de personnel—il faut établir la distinction entre une intervention médicale nécessaire et des soins esthétiques. Je veux dire qu'il faut limiter le financement public de ce genre de programmes.

Je voudrais simplement répéter ce que mon collègue M. Lachance a dit tout à l'heure. Je pense que vous pouvez nous être utile pour cet article 2. Je n'ai pas beaucoup de questions à poser. La situation à laquelle ce Comité fait face, je veux parler des pressions et des pressions fort valables qu'exercent un certain nombre de groupes, qu'il s'agisse des professionnels de la santé, des consommateurs . . . je n'aime pas beaucoup que l'on parle de consommateurs de soins de la santé. Il doit exister un meilleur terme. Les personnes qui ont un besoin véritable de ce genre de soins . . .

Dr Hicks: Je suis désolé. Le Dr. Evans m'a habitué au fil des ans à ce terme.

M. Epp: Je dois avoir des lacunes dans mon éducation.

Dr Hicks: Il m'a donné une formation d'économiste.

M. Epp: C'est une bonne occasion pour nous d'évaluer les besoins du public canadien et de mettre au point un système capable de subvenir à ces besoins tout en étant financièrement rentable. C'est le noeud Gordian.

J'ai trouvé très intéressant que M. Lachance dise que notre but ici était de mettre au point un libellé qui vise à conserver le statu quo. Je crois que cela résume bien le dilemme auquel font face le gouvernement et ce Comité car beaucoup sont d'avis et avec raison, que ce projet de loi devrait aller plus loin que le statu quo. Il me semble que nous devrions nous concentrer sur ce point et que la surfacturation et les frais modérateurs constituent un élément légitime du débat. Je ne me pose aucune question à cet égard. Je pense que nous avons tous compris au cours des deux dernières semaines après avoir entendu tous ces témoins, quels sont les éléments légitimes dont nous devons tenir compte et les restrictions et les limites, tant juridiques que constitutionnelles. C'est pourquoi je

[Texte]

parameters in which this committee finds itself. That is why Clause 2 interests me. I would appreciate that work as well.

About the only question on page 3, if I could direct you to that, Dr. Hicks, is the question of medical necessity. Have you seen any legislation, either legislation or regulatory in form, where you can actually satisfactorily define medical necessity?

Dr. Hicks: I defer to my colleagues. If they can come up with anything in their experiences to . . .

Mr. Hudecki: Maybe he could take a course in medicine.

Dr. Hicks: —I think we could . . .

Mr. Epp: I said my training was not complete.

Dr. Hicks: There is so much individuality related to that decision, that it is medically necessary. There is not a formula, such that you can say that if you fit into the following categories it is medically necessary. It would be extremely hard to do.

• 1230

Mr. Epp: So what really is needed is a co-operative effort, whereby these things are, in the best Canadian manner, worked out.

Dr. Hicks: Maybe Dr. Crawford could expand on that.

Dr. Ralph Crawford (President Elect, Canadian Dental Association): Mr. Chairman, in your province and mine, Mr. Epp, in Manitoba, a co-operative method has been worked out between the Manitoba Dental Association and the province. They do not have a specific definition of "medical necessity", but it does spell out, on a rather lengthy list of procedures, involved dental-medical procedures that can be and should be, in many cases, performed in the hospital. It is really a co-operative method. This is where it is best worked out to the benefit of all involved, the patient, the dentist and the person who is paying for the dental care—often the province, and in the hospital.

Mr. Epp: Do you feel under that regime, doctor, if we could get a satisfactory definition in Clause 2—in other words, let the status quo be retained—that this Bill, as far as you are concerned, is then relatively neutral in terms of being able to develop that co-operative regime? Or does the Bill then still impact in a positive or negative way as you see your profession developing?

Dr. Crawford: Mr. Chairman, I would hope that it would be a co-operative method whereby, as has traditionally been done in each of the jurisdictions across the country, it is a negotiated situation that works for the benefit of all.

Mr. Epp: Mr. Chairman, Dr. Thompson, I think, has something that he would like to say.

The Vice-Chairman: Dr. Thompson.

[Traduction]

m'intéresse particulièrement à l'article 2. Je vous saurais donc gré de faire ce travail.

La seule question que j'aie à vous poser, docteur Hicks, concerne quelque chose qui se trouve à la page 3 au sujet de la nécessité médicale. Avez-vous déjà vu des textes de loi ou des règlements qui définissent la nécessité médicale de manière satisfaisante?

Dr Hicks: Je vais laisser la parole à mes collègues. Peut-être pourraient-ils vous répondre . . .

M. Hudecki: Il pourrait peut-être prendre un cours de médecine.

Dr Hicks: . . . je pense que nous pourrions . . .

M. Epp: Je viens de dire qu'il y avait des lacunes dans nos négociations.

Dr Hicks: Ce genre de décision concernant la nécessité médicale comporte un élément personnel très important. Il n'existe pas de formule qui permette de dire que si l'on entre dans une certaine catégorie, cela relève de la nécessité médicale. Je pense que cela serait assez difficile à définir.

M. Epp: Il nous faudrait donc un bel effort de collaboration dans la bonne tradition canadienne pour arriver à une réponse.

Dr Hicks: Le Dr Crawford peut vous donner quelques détails supplémentaires.

Le docteur Ralph Crawford (président élu, Association dentaire canadienne): Monsieur le président, dans votre province et la mienne, monsieur Epp, le Manitoba, l'Association dentaire du Manitoba et les autorités provinciales ont mis au point un processus de collaboration. Ils n'ont pas adopté une définition précise de nécessités médicales mais ont dressé une liste assez longue d'interventions médicales dentaires qui peuvent et doivent, dans bien des cas, être effectuées à l'hôpital. Le processus est fondé sur la collaboration. C'est la meilleure façon de procéder pour tout le monde, le patient, le dentiste et la personne qui assume les frais des soins dentaires, à savoir, la province en milieu hospitalier.

M. Epp: Pensez-vous, docteur, si avec ce genre de programmes, nous pouvions élaborer une définition satisfaisante pour l'article 2—en d'autres termes que nous arrivions à conserver le statu quo—que ce projet de loi soit suffisamment neutre pour permettre de mettre au point ce genre de système de collaboration? Ou bien risque-t-il d'avoir une incidence positive ou négative sur l'évolution de votre profession?

Dr Crawford: Monsieur le président, j'espère que l'on adoptera le système de collaboration comme on l'a toujours fait traditionnellement dans chaque ressort de ce pays, je veux parler d'un processus de négociation qui avantage tout le monde.

M. Epp: Monsieur le président, je pense que le Dr Thompson voudrait ajouter quelque chose.

Le vice-président: Docteur Thompson.

[Text]

Dr. William Thompson (Past President, Canadian Dental Association): I think, Mr. Epp, if Clause 2 in the definitions were clarified, our argument would not be then with the Bill in those areas. Our argument would then be with the regulations, that they either should be scrapped or radically changed, because they really are ambiguous.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I appreciate that, though the regulations, as I say, go into another regime altogether. We will be addressing those regulations with the Minister. If you have specifics that you would like us to follow up on, I would be indebted to you if you could do that for us.

Dr. Hicks: Mr. Chairman, just one other item on this. Mr. Epp asks if we would then be happy with the Bill. The other concerns about the Bill still hold and they are really ones of uncertainty about the scope and how it touches dentistry. Remember when he asked: Would this Bill allow dental plans, to provide dental services for people in Canada? I said, yes, because there are provincial dental plans. I think I have pointed out fairly strongly in the brief that if there is a financial impact through the spin-off effect of the proposed Canada Health Act . . . and I read penalties and I read it is a funding Bill to do this and this—if there is everything that I hear may possibly occur because of that Bill, everything that does not relate directly to dental care in hospitals, etc., the spin-off effect will be that provinces will discontinue their provincially sponsored dental plans. So we are the recipients of a problem. This has already happened in two or three provinces where dental plans have been discontinued because of their lack of ability within their health budgets to pay. Therefore, we are the recipients of a health system that gets squeezed too hard and, pop! there goes the provincial dental plan, even though you may say that the health care system in Canada is okay relative to the Bill. There is nothing, we assume, in there that really wants to expand into denticare for Canada. We accept that the federal government wishes to leave that as the responsibility of the province. But we are saying that if the squeeze is too hard and the financial impact is too heavy on provinces, traditionally it has been the dental plans that have been the first to go.

Mr. Epp: Thank you.

The Vice-Chairman: Dr. Hudecki, five minutes.

Mr. Hudecki: Those five minutes could be spent in sort of putting the role of the dentist in the hospitals across Canada in perspective. I think, having the experts here, we should have that recorded for the benefit of the committee. All I can say is that by and large dentists do not want to work in hospitals. It cuts down their efficiency. They have their own team in their office; they have their own instruments that they like. They only come to a hospital where it is absolutely necessary for the good of the patient, and they do it very often at a great deal of expense to themselves as far as time and support are concerned.

[Translation]

Le docteur William Thompson (ex-président, Association dentaire canadienne): Je pense, monsieur Epp, que si les définitions qui figurent à l'article 2 étaient libellées de façon plus précise, que nous ne nous opposerions pas à ces dispositions du projet de loi. Nous recommanderions cependant que les règlements soient supprimés ou modifiés radicalement parce qu'ils sont ambigus.

M. Epp: Monsieur le président, je comprends ce point de vue même si j'estime que les règlements traitent d'une tout autre chose. Nous soumettrons ces règlements au ministre. Je vous saurais gré de nous faire part de tout autre élément sur lequel vous aimeriez que nous nous penchions.

Dr Hicks: Monsieur le président, j'aurais encore une chose à dire. M. Epp demande si nous serions satisfaits de ce projet de loi. Nos autres préoccupations n'en demeurent pas moins réelles et concernent l'incertitude qui règne quant à la portée de ce texte législatif et son incidence sur le secteur dentaire. Rappelez-vous la question qu'il a posée: ce projet de loi autoriserait-il les régimes dentaires à fournir les services dentaires aux résidents canadiens? J'ai répondu par l'affirmative parce qu'il s'agissait de régimes dentaires provinciaux. Je pense que j'ai signalé de manière assez ferme dans le mémoire que s'il y avait une incidence financière attribuable aux retombées du projet de loi canadienne sur la Santé—et j'ai vu qu'on y parlait de sanctions financières et qu'il s'agissait d'un projet de loi qui prévoit le financement pour ceci et cela—enfin je veux dire que si ce projet de loi change la situation pour tout ce qui n'a pas trait aux soins dentaires dans les hôpitaux, les provinces risquent de mettre fin aux régimes dentaires qu'elles subventionnent. Nous nous retrouvons donc avec un problème sur les bras. Ceci s'est déjà produit dans d'autres provinces où les régimes de soins dentaires ont été supprimés à cause du manque de fonds dans les budgets de santé. Nous sommes donc les victimes d'un système de santé sur lequel l'on exerce trop de pressions, avec le résultat que les provinces annulent leur régime même si l'on peut penser que le système de soins de la santé au Canada est très efficace, par rapport à ce projet de loi. Aucune disposition de ce projet de loi ne vise l'expansion de l'assurance dentaire au Canada. Nous comprenons que le gouvernement fédéral tienne à laisser cette responsabilité aux provinces. Mais si trop de pressions sont exercées et si l'incidence financière est trop considérable pour les provinces, ce sont les régimes d'assurance dentaire qui, traditionnellement, sautent les premiers.

M. Epp: Merci.

Le vice-président: Docteur Hudecki, vous avez cinq minutes.

M. Hudecki: On pourrait utiliser ces cinq minutes pour essayer de remettre en perspective le rôle du dentiste dans les hôpitaux canadiens. Je pense que nous devrions profiter de la présence de ces experts pour fournir ces renseignements au Comité. Tout ce que je peux dire, c'est que dans l'ensemble, les dentistes ne veulent pas travailler dans les hôpitaux. Cela réduit leur efficacité. Ils ont leur propre équipe dans leur cabinet; ils ont leurs propres instruments qu'ils aiment. Ils ne viennent à l'hôpital que lorsque c'est absolument nécessaire pour le bien du patient, et très souvent, ils encourent ainsi eux-

[Texte]

Those of us who have been on various hospital boards, practically in every hospital across Canada, have had to negotiate and plan with the dental representative in order to come up with an appropriate plan of action.

Would you like very briefly to articulate where the role is in the hospital when you want to use a hospital so the committee could see in perspective what percentage of utilization there is?

Dr. Hicks: Mr. Chairman, the member brings up a very good point, and it came to mind when we were talking about how we come up with a successful definition that controls. There are very good natural controls on both sides. The provincial government does not wish to expand their payments for dental services and hospitals because of a regulation, and the dentists and the dental profession are not looking to expand and to get access to hospitals to do more and more for the very reasons you say.

The types of situations that dentists would get involved in are ones where because of the medical condition of the patient, not necessarily the medical necessity of doing the surgical procedure, a hospital environment is required for that service, as I point out in the brief.

The second type of situation that is common is in response to trauma. The patient ends up in the hospital situation and some dental trauma is part of the overall medical problem the patient has. The dentist would be called in by the attending physician to be part of the team that is going to help this patient.

The third area, which is not covered within the Bill, with interest, is one in which a dentist is called to a hospital by an attending physician in a consulting role, and the consulting role involves two areas: one, in the area of oral-facial pain . . . a physician is attending and they are eliminating certain things and in their differential diagnosis they call a dentist to the hospital to see the patient and provide an opinion. So we go to the hospital. We do that.

While the payment of that particular service is covered for the physician, it is not covered for the dentist under this Bill, because it specifically relates to eligible surgical dental procedures, and only the surgical part. If a procedure followed that, then that would be an insured service for the patient.

Or during the course of an operation in which a setting of the jaw would occur the dentist is called in to work with the plastic surgeon, etc.

So those are the arenas the dentist would be called into and the situations he would be called into, and, as you pointed out, it is not a major part of the dental service.

[Traduction]

mêmes beaucoup de dépenses, du point de vue du temps et du personnel de soutien.

• 1235

Ceux parmi nous qui ont fait partie des divers conseils d'administration des hôpitaux, et c'est le cas de presque chaque hôpital du Canada, ont dû négocier et planifier de concert avec les représentants des dentistes afin de mettre au point un plan d'action approprié.

Voulez-vous nous expliquer très brièvement ce qui se passe dans un hôpital lorsque vous voulez utiliser ses services, de façon que le Comité puisse voir dans l'ensemble quel est le pourcentage d'utilisation?

Dr Hicks: Monsieur le président, le député soulève là un point très intéressant, un point qui nous est venu à l'esprit lorsque nous discutons de la manière de trouver une bonne définition. Il existe d'excellents contrôles naturels des deux côtés. Le gouvernement provincial ne souhaite pas élargir ses paiements de services dentaires dans les hôpitaux à cause d'un règlement, et les dentistes et la profession dentaire ne cherchent pas à s'étendre et à obtenir l'accès aux hôpitaux pour y travailler de plus en plus justement pour les raisons que vous avez invoquées.

Les cas où les dentistes travaillent à l'hôpital tiennent à l'état du patient et non pas nécessairement à la nécessité médicale d'entreprendre l'intervention chirurgicale en milieu hospitalier, comme je le souligne dans le mémoire.

Le deuxième cas le plus commun fait suite à un traumatisme. Le patient se retrouve à l'hôpital et un trauma dentaire fait partie de l'ensemble de ses problèmes médicaux. Le médecin traitant ferait venir un dentiste pour faire partie de l'équipe qui va aider ce patient.

Ensuite en troisième lieu, et non prévu par le présent projet de loi, ce qui est intéressant, est le cas du dentiste qu'un médecin traitant fait venir à l'hôpital dans un rôle de consultation, consultation qui porte sur deux domaines: d'abord, une douleur orale-faciale—le médecin traitant, après avoir éliminé certains aspects et vu les diagnostics contradictoires, fait venir un dentiste à l'hôpital pour examiner le patient et donner une opinion. Donc nous allons à l'hôpital. Nous le faisons.

Bien que le médecin soit payé pour ce service particulier, le présent projet de loi ne prévoit pas le paiement du dentiste, puisque seules y sont prévues les interventions chirurgicales dentaires et seulement dans leur partie chirurgicale. Si une intervention devait suivre la consultation, alors ce service serait assuré pour le patient.

Ou encore au cours d'une intervention chirurgicale en vue de remplacer la mâchoire, on pourrait faire venir un dentiste pour qu'il travaille avec le chirurgien plastique, etc.

Voilà donc les cas où l'on ferait appel au dentiste, et comme vous l'avez souligné, cela ne constitue pas un aspect primordial du service dentaire.

[Text]

Mr. Hudecki: The last question is this: Does the co-insurance factor apply to services in hospital and outside of the hospital? If it applied to services outside of the hospital, it would appear to me that it would not come under the Act at all. Is it in-hospital and out-hospital, or how does it function?

Dr. Hicks: There is no co-insurance factor relative to the medical service plans in the provinces that relate to federal funding or to what will be the Canada Health Act, but in the privately sponsored or other plans it can occur to both situations. It is placed on a procedure, not where it occurs. Some hospitals have facilities where dentists can perform actual restorative or dental fillings procedures on handicapped children, and that may be covered 100% or it may be covered 75% and the Canada Health Act or the present medicare Act does not apply. So it could occur on both. In this particular plan it does not apply.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Hudecki.

Dr. Hicks, thank you very much; **Dr. Crawford** and **Dr. Thompson** as well. We appreciate your testimony. It has been very helpful. Thank you.

Dr. Hicks: Thank you for hearing us, and we will get the information the committee has requested.

The Vice-Chairman: Thank you.

The Association of Independent Physicians of Ontario, please. **Dr. Charbonneau,** would you introduce your colleagues, please.

• 1240

Dr. Joan Charbonneau (President, Association of Independent Physicians of Ontario): Yes, I would be delighted to. Accompanying me today are **Dr. Chris Carruthers**, who is an Ottawa representative of the association; **Dr. John Kindle**, who is a general practitioner in the Ottawa area and a director of the association; **Mr. Gordon Smith**, Executive Director of the association; **Dr. William Goodman**, Vice-President of the association; and of course, I am President of the association.

I would first like to start off by saying we are just delighted to be here today to share with you some of our concerns and perhaps...

The Vice-Chairman: **Dr. Charbonneau,** may I interrupt for a minute? Do you have a brief?

Dr. Charbonneau: Yes, we do. What I propose to do here today is table this brief for your perusal and ask **Dr. William Goodman** to give you a brief summary of its contents and the thrust of our concerns.

Dr. Goodman.

Dr. William Goodman (Vice-President, Association of Independent Physicians of Ontario): Mr. Chairman and hon. members, according to *Hansard*, the total cost of Canadian

[Translation]

M. Hudecki: Ma dernière question est la suivante: est-ce que le facteur de co-assurance vise les services rendus à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital? Si seuls les services à l'extérieur de l'hôpital étaient prévus, alors il me semble que cet aspect ne serait pas assujéti du tout à la présente loi. Comment se fait la distinction, à l'hôpital et hors de l'hôpital, ou comment cela fonctionne-t-il?

Dr. Hicks: Il n'y a aucun facteur de co-assurance relatif aux régimes provinciaux de services médicaux, qui soit assujéti au financement fédéral ou à ce qui deviendra la loi canadienne sur la santé, mais dans le cadre des régimes privés et autres, les deux situations peuvent être prévues. Cela porte sur l'intervention elle-même et non sur le lieu où elle est pratiquée. Certains hôpitaux ont des installations où les dentistes peuvent pratiquer des interventions correctives ou des obturations sur des enfants handicapés, ce qui pourrait être assuré à 100 p. 100 ou à 75 p. 100, mais la Loi canadienne sur la santé ou la Loi sur l'assurance-maladie actuelle ne s'applique pas. Donc cela pourrait se présenter dans les deux cas. Dans le cadre de ce régime particulier, cela ne s'applique pas.

Le vice-président: Merci, docteur Hudecki.

Docteur Hicks, merci beaucoup. Messieurs les docteurs **Crawford** et **Thompson** aussi. Nous vous remercions de votre témoignage. Cela nous a été des plus utile. Merci.

Dr. Hicks: Merci beaucoup de nous avoir entendus et nous ferons parvenir au Comité les renseignements demandés.

Le vice-président: Merci.

L'Association of Independent Physicians of Ontario, s'il vous plaît. **Docteur Charbonneau,** voulez-vous avoir la bonté de nous présenter vos collègues.

Dr. Joan Charbonneau (président, Association of Independent Physicians of Ontario): Oui, j'en serais enchantée. Je suis accompagnée aujourd'hui du **Dr. Carruthers**, représentant de l'Association à Ottawa; du **Dr. John Kindle**, omnipraticien dans la région d'Ottawa et administrateur de l'Association, de **M. Gordon Smith**, directeur général de l'Association; du **Dr. William Goodman**, vice-président de l'Association, et bien sûr, je suis la présidente de l'Association.

J'aimerais tout d'abord dire à quel point nous sommes enchantées d'être ici aujourd'hui pour partager avec vous quelques-unes de nos préoccupations et peut-être...

Le vice-président: **Docteur Charbonneau,** puis-je vous interrompre un instant? Avez-vous un mémoire?

Dr. Charbonneau: Oui, en effet. Nous nous proposons de déposer ce mémoire afin que vous puissiez le lire et je vais demander au **Dr. William Goodman** de vous en résumer brièvement le contenu tout comme l'essentiel de nos préoccupations.

Docteur Goodman.

Dr. William Goodman (vice-président, Association of Independent Physicians of Ontario): Monsieur le président et honorables députés, d'après *Hansard*, le coût total de l'assu-

[Texte]

medicare in the most recent year for which reports are available was about \$19 billion. According to the Minister of National Health and Welfare, Monique Bégin, the maximum estimate of the total of hospital user fees and doctors' balance billing in Canada was perhaps \$100 million.

Now, a quick mathematical calculation will indicate that the latter constitutes about one-half of 1% of the former. How can any sensible person conclude that a program stands or falls on the basis of one-half of 1% of its funding? How can there be erosion or threat to a program if 99.5% of the problem would remain even after these items were eliminated? To maintain that one-half of 1% threatens our entire medicare program is errant nonsense.

The argument by the provinces and the feds as to who is paying 60% or 50% or 40% of the overall costs is a numbers game which also, in the long run, makes no sense. Even the constant accusations by us, by the doctors or hospitals or the press, of underfunding by the provinces, the feds or both is only really of peripheral concern. The crux of the matter, the real problem, is that no nation, not even the most affluent, can afford for very long a universal, compulsory, first-dollar, no-deterrent, open-ended, publically administered national health scheme.

This problem was foreseen by Senator Ernest Manning, who at that time was Premier of Alberta. He said in a television address in 1963:

Experience in other countries has shown that medicare programs under which the state assumes the entire financial responsibility inevitably invite abuses in the form of excessive demands on medical practitioners. You cannot sell people the false prophecy that medical services are a right for which they have no direct responsibility, financial or otherwise, without creating an attitude that leads users to demand all they can get of the so-called right at the state's expense.

Senator Manning was simply expressing in different words the old economic axiom that "the demand for an unlimited free commodity is infinite".

The problem was also foreseen in the 1970 report of the Government of Ontario's Commission on the Healing Arts, which said:

Society would not regard as sufficient the amount of health goods and services that could be produced, even if all society's resources were devoted to the provision of health care.

It is no longer necessary to guess or to hypothesize on where an all-embracing, no-deterrent medicare system leads. Just go to Britain, which has had it for 20 years longer than Canada. Far from producing the medical Utopia its advocates predicted, it has produced decrepit, obsolete hospital facilities. There are now fewer hospital beds in Britain than there were

[Traduction]

rance-maladie au Canada, au cours de l'année la plus récente pour laquelle nous ayons des chiffres, se chiffrait à environ 19 milliards de dollars. Selon le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M^{me} Monique Bégin, le montant maximum estimatif des frais modérateurs pour les hôpitaux et de la surfacturation par les médecins au Canada se chiffrait peut-être à 100 millions de dollars.

Or, un calcul rapide démontre que ce dernier chiffre représente environ la moitié de 1 p. 100 du premier. Comment une personne sensée peut-elle conclure qu'un programme est une réussite ou une faillite en se fondant sur la moitié de 1 p. 100 du financement? Comment peut-il y avoir érosion ou menace au programme si 99.5 du programme resterait en place après l'élimination de cette somme? D'affirmer que la moitié de 1 p. 100 menace l'ensemble de notre programme d'assurance-maladie, voilà qui défie le bon sens.

L'argument avancé par les provinces et le gouvernement fédéral quant à la question de savoir qui verse 60 p. 100 ou 50 p. 100 ou 40 p. 100 de l'ensemble des coûts ne représente qu'un jeu de chiffres, lequel à long terme n'a pas non plus grand sens. Même les accusations constantes que nous formulons, les médecins ou les hôpitaux ou la presse, de sous-financement par les provinces, par le gouvernement fédéral ou par les deux, ne constituent en réalité qu'une préoccupation périphérique. Le coeur de l'affaire, le problème réel, c'est qu'aucune nation, pas même la plus riche, ne peut se permettre très longtemps un régime de santé nationale universel obligatoire, sans franchise, sans dissuasif, à fonds illimités, administrés publiquement.

Le sénateur Ernest Manning, alors qu'il était premier ministre de l'Alberta, avait prévu ce problème. Il avait déclaré lors d'une allocution à la télévision en 1963:

L'expérience dans les autres pays a démontré que les programmes d'assurance-maladie à l'entière charge financière de l'État invite inévitablement des abus sous forme de demande excessive auprès des médecins. Vous ne pouvez inculquer aux gens la fausse idée que les services médicaux constituent un droit pour lesquels ils n'assument aucune responsabilité directe, financière ou autre, sans créer une attitude qui pousse les usagers à demander tout ce qu'ils peuvent obtenir de ce prétendu droit aux frais de l'État.

Le sénateur Manning exprimait simplement en termes différents, le vieil axiome économique selon lequel «la demande pour un bien gratuit illimité est infinie».

Le problème avait également été prévu dans un rapport de la Commission sur l'art médical du gouvernement de l'Ontario en 1970, où on peut lire ce qui suit:

La société ne trouverait pas suffisant le nombre de produits de services de santé qu'on peut offrir, même si toutes les ressources de cette société étaient consacrées à fournir des soins de santé.

Il n'est plus nécessaire de deviner ou de formuler des hypothèses sur le résultat d'un régime d'assurance-maladie intégral et infini. Il suffit de regarder la Grande-Bretagne où le système existe depuis 20 ans de plus qu'au Canada. Au lieu de produire l'utopie médicale que ses défenseurs prédisaient, le régime a produit des installations hospitalières délabrées et

[Text]

before the national health service started, by the way—three-minute general practitioner visits, rationing by the queue, that is a wait of as long as five years for surgery for very necessary but not life threatening conditions and so on. It has produced an administrative crisis, a financial crisis, and a medical crisis.

• 1245

So bad has the situation become there that not only do well-to-do or medically oriented individuals purchase private health insurance, which to its credit, the British government never legally banned, but so do the major trade unions, heretofore the strongest proponents of an all inclusive national health service. Union leaders now insist on private health insurance as part of their fringe benefits in labour negotiations. What an irony!

Time does not permit me to go on to the whole litany of defects, injustices and outright evils inherent in any such schemes. I refer you to the newspapers of Britain, Sweden, France, Italy, Australia and Israel for the details.

So what are we as a nation to do? To achieve financial sanity on the funding of medical costs, we must do one of two things: add more to the kitty or take out less, or both. We can add more by a system of what I like to call compulsory, competitive, commercial co-insurance with a basic affordable—and that is the key word, affordable... level of government mandated medical care insurance through commercial and, if desired, government carriers, available to all with premiums subsidized in whole or in part by public funds for those financially disadvantaged, with additional funding coming out of the pockets of the well-to-do who would indirectly finance, as the British do, through premiums for above-basic levels of insurance, the hospital and medical care system. This element of co-insurance, in spite of the oft-quoted but suspect Saskatchewan report, would act as a deterrent for those able to pay and thus reduce the demand on the national treasury. There was a study in Britain, after user fees were introduced for such items as eyeglasses and prescriptions that showed there was a notable decline in demand.

Those receiving social assistance in any form would have a code letter on their medicare cards, as they do right now in Saskatchewan and British Columbia, I understand, and would not be required to pay any additional amount to doctors, laboratories, or hospitals for their services. Further, co-insurance, by informing the patient of the total cost of services and making the patient pay a portion of this cost, where he can afford it, works to prevent abuses by doctors as well as by

[Translation]

dépassées. On trouve maintenant moins de lits d'hôpital en Grande-Bretagne qu'il y en avait avant la mise en place du service national de santé, des visites de trois minutes chez l'omnipraticien, le rationnement par liste d'attente, c'est-à-dire une attente pouvant aller jusqu'à cinq ans pour une opération chirurgicale très nécessaire mais non essentielle, etc. La situation a entraîné une crise administrative, une crise financière et une crise médicale.

La situation s'est tellement détériorée que non seulement les gens bien nantis ou sensibles à la question des soins de santé souscrivent aux régimes d'assurance privés, que le gouvernement britannique n'a jamais légalement interdit, ce qui est tout à son crédit, mais les principaux syndicats le font aussi, même si jusqu'alors, ils étaient les partisans les plus enthousiastes d'un régime de santé national et intégral. Les dirigeants syndicaux insistent maintenant pour obtenir une assurance médicale privée à titre d'avantages marginaux lors des négociations collectives. Quelle ironie!

Le temps ne me permet pas d'énumérer toute la litanie des vices, des injustices et des maux terribles inhérents à de tels régimes. Je vous renverrai aux journaux de Grande-Bretagne, de Suède, de France, d'Italie, d'Australie et d'Israël pour plus de détails.

Donc qu'est-ce que nous pouvons faire comme nation? Afin de parvenir à un équilibre sain au niveau du financement des frais médicaux, nous devons faire l'une de deux choses: ajouter plus d'argent dans la caisse ou en retirer moins ou les deux à la fois. Nous pouvons augmenter la caisse en ayant recours à un régime que j'aime décrire comme une coassurance obligatoire, concurrentielle et commerciale, assortie d'un niveau fondamental dont nous avons les moyens—et c'est là le mot clé, dont nous avons les moyens—d'assurance médicale parrainée par le gouvernement, à offrir si l'on veut par des assureurs gouvernementaux et commerciaux, à la portée de tous avec primes subventionnées en entier ou en partie à même les deniers publics pour ceux qui sont défavorisés sur le plan financier, le financement supplémentaire provenant de la poche des gens aisés qui financent indirectement, comme le font les Britanniques, par leurs primes de niveaux d'assurance supérieurs, le régime de soins hospitaliers et médicaux. Cet élément de coassurance, malgré le rapport de la Saskatchewan souvent cité mais suspect, agirait comme mesure de dissuasion sur ceux qui ont les moyens de payer et réduirait ainsi le besoin de financement par le Trésor national. Une étude effectuée en Grande-Bretagne, après la mise en place de frais modérateurs pour des articles tels que les lunettes et les ordonnances, a fait ressortir une baisse notable de la demande.

Les personnes qui reçoivent la moindre aide sociale auraient un code sur leurs carte d'assurance médicale, comme c'est le cas actuellement en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, me suis-je laissé dire, et ils n'auraient aucun supplément à payer pour les services de médecin, de laboratoire ou d'hôpital. En outre, la coassurance, en informant le patient du coût total des services et en lui en faisant payer une partie, lorsqu'il peut se le permettre, empêche les abus par les médecins ainsi que

[Texte]

patients, because the patient in essence becomes the controller of the financial end of things.

Prescriptions for the survival of medicare are no longer a matter of philosophical debate, Mr. Chairman. The bottom line is that, as presently constituted, we simply cannot afford it. We can afford public transit but not a Rolls Royce for every citizen. We can afford hamburger but not filet mignon or lobster for every citizen. We can afford subsidized small apartment units in peripheral areas but not a Rosedale or Westmount or West Vancouver mansion for every citizen. We can afford market-controlled basic medical care but not lavish, unlimited patient-instigated medical services for all.

These proposals are not original with us, Mr. Chairman, they have been made by many others: economists, political scientists, philosophers and so on. They were even made by a couple of people in the federal government, Daly and Hull, in a booklet a year or two ago called *The Way Out*, in which they coined a phrase called revenue dependency, which means, essentially, paying your bills as you go along.

Inevitably, unfortunately, these proposals incite screams of agony and accusations of a means test and two-tier medicine. Let me respond to these.

One, if any of our citizens over 65 wants the guaranteed income supplement from the federal government, must he undergo a means test? Your damn right he does! If any citizen wants legal aid from the provincial government, must he undergo a means test? Of course he does. If any citizen wants welfare from a municipal government, must he undergo a means test? Without question. I do not see any responsible politician at any level suggesting that these means tests be abolished. So why should medicare be sacrosanct, so sacrosanct that a means test in this instance alone becomes reprehensible?

As for the accusation of two-tier medicine, let me assure you of one thing. You can be absolutely certain of such a two-tier system if you pass the proposed Canada Health Act as it now stands. To give you an example, even though I am an opted-out physician in Ontario, I bill roughly 40% of my patients at the OHIP level, because I feel they cannot afford any additional amount.

• 1250

Under the proposed Act, if complied with by the provinces, these 40% would have to seek medical care elsewhere, since OHIP would no longer reimburse them anything for my services, assuming that the provinces, of course, went along with this. In other words, only the well-to-do could afford the doctor of their choice. Furthermore, the well-to-do, instead of subsidizing our system by their above-basic-level insurance premiums, would be paying those extra amounts either to

[Traduction]

par les patients, puisqu'en fait, le patient devient le contrôleur de l'aspect financier des choses.

Les prescriptions en vue de la survie de l'assurance-maladie ne sont plus matière à débat philosophique, monsieur le président. Le bilan, dans l'état actuel des choses, c'est que nous n'en avons tout simplement pas les moyens. Nous pouvons nous payer le transport en commun, mais non des Rolls Royce pour tous les citoyens. On peut se payer du boeuf haché, mais non pas du filet mignon ou du homard pour chacun. Nous pouvons nous payer de petits appartements subventionnés dans les régions périphériques, mais non des châteaux à Rosedale ou à Westmount ou à Vancouver-Ouest pour tous les citoyens. Nous pouvons nous payer des soins de santé contrôlés par le marché, mais non pas des services médicaux élaborés, sur demande et illimités pour tous.

Ces propositions, nous ne sommes pas les premiers à les formuler, monsieur le président, mais nombre d'autres: économistes, spécialistes des sciences politiques, philosophes, etc. Deux employés du gouvernement fédéral, Daly et Hull, dans une brochure publiée il y a un an ou deux sous le titre *The Way Out*, ont tiré les mêmes conclusions et ont inventé l'expression «revenue dependency» qui signifie essentiellement: payez vos comptes au fur et à mesure.

Malheureusement, ces propositions suscitent inévitablement des cris d'agonie et des accusations de critère fondé sur les moyens et de médecine à deux paliers. Permettez-moi d'y répondre.

D'abord, si l'un de nos concitoyens de plus de 65 ans veut obtenir un supplément du revenu garanti du gouvernement fédéral, doit-il se prêter à un test de moyens? Très certainement! Si un citoyen veut obtenir l'assistance judiciaire d'un gouvernement provincial, doit-il se prêter à un test de moyens? Evidemment. Si un citoyen veut l'assistance sociale d'un gouvernement municipal, doit-il se prêter à un test de moyens? Sans aucun doute. Je ne conçois pas qu'un politicien responsable à quelque niveau que ce soit propose qu'il faille abolir ces tests de moyens. Pourquoi l'assurance-maladie doit-elle être si sacro-sainte, qu'un test de moyens dans un tel cas devient répréhensible?

Quant à l'accusation d'une médecine à deux paliers, permettez-moi de vous promettre une chose. Vous pouvez être absolument certains de parvenir à un régime à deux niveaux si vous adoptez la Loi canadienne sur la santé telle quelle. Je vais vous donner un exemple, bien que je sois un médecin qui s'est retiré du régime de l'Ontario, je facture environ 40 p. 100 de mes patients au tarif de l'O.H.I.P., car j'estime qu'ils ne peuvent payer de suppléments.

Sous le régime du projet de loi, si les provinces s'y conforment, ces 40 p. 100 devraient chercher ailleurs pour se procurer des soins de santé, puisque OHIP ne leur rembourserait plus rien pour mes services, en supposant bien sûr que les provinces acceptent de s'y conformer. En d'autres termes, seuls les gens aisés, pourraient se payer le médecin de leur choix. En outre, ces gens aisés, au lieu de subventionner notre régime par leurs primes d'assurance plus élevées, verseraient ces montants

[Text]

opted-out doctors in Canada—at least those who had not emigrated to the U.S. by then—or to doctors of their choice in other countries, notably the U.S.A.

I was in practice in Ontario long before medicare. I looked after indigent patients in the clinic and operating rooms of the Toronto General Hospital and Mount Sinai Hospital without charge for many years. I have continued to look after my patients of limited means without additional above-OHIP charges since the inception of the scheme; and I tell you there is no such thing as a two-tiered medicine system now, but you can be certain there will be if the Bill is passed as proposed.

Thank you very much.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Goodman. Dr. Charbonneau, is there anyone else with you who wants to make a statement at this time?

Dr. Charbonneau: I think we would be prepared at this point to entertain questions from your committee, sir.

The Vice-Chairman: Very well. Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Charbonneau, how many members would you have in the AIP?

Dr. Charbonneau: There are 1500.

Mr. Epp: What percentage of those 1,500 would be specialists?

Dr. Charbonneau: To be honest, I could not give you the exact figure for that. I would certainly say that one item of interest to you might be that about 20% of our membership consists of doctors who are, quote, opted into OHIP. But the breakdown as to GPs and specialists I would be uncertain of.

Mr. Epp: I fully recognize that the professional argument—and we in fact discussed that with a witness earlier this morning... Is your argument primarily professional, Doctor, or is it financial?

Dr. Goodman: Are you addressing me, Mr. Epp?

Dr. Charbonneau: Perhaps you would care to comment on this later.

Certainly, from my own feeling, from my own personal experience, and from my deep knowledge of opted-out, quote-unquote, doctors, I feel the issue rests primarily on a professional basis. However, one cannot ignore the economics of the situation, certainly. I was opted into the OHIP Ontario plan until 1978, and while I suppose philosophically I had always felt that I rightly should be working directly for my patients, I had chosen until then to work for the government. One of the overriding factors that led me to make a decision to leave the OHIP plan was the fact that I was seeing that the increases that were being granted to me to run my practice were leading

[Translation]

supplémentaires soit à des médecins qui se sont retirés du régime au Canada—c'est-à-dire à ceux qui n'auront pas émigré vers les États-Unis d'ici là—ou à des médecins de leur choix dans d'autres pays, notamment aux États-Unis.

Je pratiquais la médecine en Ontario bien avant l'assurance-maladie. J'ai soigné des patients indigents à la clinique et dans les blocs opératoires de l'Hôpital général de Toronto et de l'hôpital Mount Sinai sans frais pendant des années. J'ai continué à soigner mes patients à revenus limités sans leur demander quoi que ce soit en sus des prestations de l'OHIP depuis la mise en place du régime; et je puis vous dire que le régime de médecine à deux paliers n'existe pas actuellement, mais vous pouvez être certains qu'il existera si le projet de loi est adopté tel que proposé.

Merci beaucoup.

Le vice-président: Merci, docteur Goodman. Docteur Charbonneau, y a-t-il quelqu'un d'autre qui veuille faire un exposé maintenant?

Dr. Charbonneau: Je crois que nous sommes tous prêts maintenant à répondre aux questions des membres de votre Comité, monsieur.

Le vice-président: Très bien. Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Docteur Charbonneau, combien de membres avez-vous?

Dr. Charbonneau: Il y en a 1,500.

M. Epp: Quel pourcentage de ces 1,500 médecins sont des spécialistes?

Dr. Charbonneau: À vrai dire, je ne peux pas vous donner de chiffres exacts. Je peux certainement vous dire quelque chose qui pourrait vous intéresser, à savoir qu'environ 20 p. 100 de nos membres sont des médecins qui ont, entre guillemets, adhéré à l'OHIP. Quant à la ventilation, omnipraticiens et spécialistes, je n'en suis pas certaine.

M. Epp: Je comprends parfaitement que l'argument de professionnalisme—et en fait nous en avons discuté précédemment ce matin avec un témoin... Votre argument porte-t-il surtout sur le plan professionnel, docteur, ou sur le plan financier?

Dr. Goodman: Me posez-vous la question, monsieur Epp?

Dr. Charbonneau: Peut-être voudrez-vous ajouter quelque chose plus tard.

Il est certain qu'à mon avis, de par mon expérience personnelle, et de par ma connaissance approfondie des médecins, entre guillemets, retirés, j'estime que la question porte surtout sur l'aspect professionnel. Toutefois, on ne saurait ignorer l'aspect économique de la situation, manifestement. J'avais participé au régime ontarien jusqu'en 1978, et bien que sur le plan philosophique je suppose, j'ai toujours estimé que c'est directement pour mes patients que je devais travailler, j'avais choisi jusqu'alors de travailler pour le gouvernement. L'un des facteurs primordiaux qui m'ont entraînée à prendre la décision d'abandonner l'OHIP, était le

[Texte]

me to have to look at several cost-cutting measures within my practice which I did not feel comfortable with. However, when I made my decision to leave the plan, rather than make it unilaterally, I decided to send a letter to my patients in which I stated that due to inadequate increases in medical fees in my province at that time, I was having to look at some changes within the practice. I felt it unfair to make those changes without conferring with them and sought their advice and their support.

I sent out 1,400 letters at that time and stated my intention to leave the plan and that my fees would be increasing in order to maintain the standards I had always sought. At that time some 20 charts out of 1,400 left my practice. It was clear to me that there was overwhelming support from my patients for the fact that the quality of health care that I was able to afford to give them should not be sacrificed due to tight government budgets.

So certainly there are some economic implications in our decision. But again, I would want to state to you with as much vigour as I could that I am deeply, deeply committed to the fact that I will not work for a third party—in this case government. I will continue to work for my patient directly. I feel very strongly philosophically about that.

Dr. Goodman, did you wish to comment further?

Dr. Goodman: Of course the two are intertwined. If you cannot afford to give your patient the time—and that is what the old-time doctor had; the old-time doctor had very little to offer by way of cure. What he did have was sympathy, assurance, moral support, and time. Now the tighter the budgets become, the more difficult it is to have the time to give patients.

• 1255

But there is another factor involved in the payment of doctors by government. Essentially what it does is it converts a Hippocratic ethic into a veterinary ethic. You go from a situation where the doctor is responsible no longer as he is under the oath of Hippocrates primarily and solely to the patient, he becomes then responsible to the master of the patient who pays the bills as when you go to a veterinarian who does not necessarily do what is necessary for the dog or the horse, he does it on the instructions of the owner. This is one of the main concerns we have; that when you set up a system whereby you have a monopoly payment system from government to doctors, you end up with the doctors being servants of the state and not servants of their patients.

Mr. Epp: Doctor, it is not for me to judge the Hippocratic oath and your allegiance to it. I must admit I have some difficulty with it as a layman when I look at some of the practices in hospitals relating to life and the Hippocratic oath. But we will leave that point, because I must admit I have some difficulty with that. But that is not our discussion today.

[Traduction]

fait que je voyais que les augmentations qu'on m'accordait pour administrer ma pratique me forçaient à examiner plusieurs mesures de réduction des coûts que j'acceptais difficilement. Toutefois, lorsque j'ai pris ma décision d'abandonner le régime, plutôt que de le faire unilatéralement, j'ai décidé d'envoyer une lettre à mes patients dans laquelle je déclarais que suite aux augmentations inadéquates des honoraires médicaux dans ma province à l'époque, je me devais d'envisager certains changements à ma pratique. J'estimais injuste d'apporter ces changements sans conférer avec mes patients et demander leur avis et leur appui.

J'ai envoyé à l'époque 1,400 lettres dans lesquelles je déclarais mon intention d'abandonner le régime et précisais que mes honoraires allaient augmenter afin de maintenir les normes que j'avais toujours recherchées. À l'époque, quelque 20 dossiers sur 1,400 sont disparus de ma pratique. Il m'était clair que mes patients appuyaient inconditionnellement le fait que la qualité des soins de santé que je pouvais me permettre de leur offrir ne devait pas être sacrifiée à cause des budgets serrés du gouvernement.

Notre décision comporte certainement certains aspects économiques. Toutefois, je tiens à vous affirmer le plus vigoureusement possible que je suis absolument convaincue du fait que je ne travaillerai pas pour un tiers—dans le présent cas le gouvernement. Je vais continuer à travailler pour mes patients directement. Sur le plan philosophique, je le crois très fermement.

Docteur Goodman, voudriez-vous ajouter quelque chose?

Dr Goodman: Evidemment, les deux sont reliés. Si vous ne pouvez vous permettre de donner à vos patients le temps—et c'est ce que le médecin de jadis avait; le médecin de jadis avait très peu à offrir qui puisse guérir. Ce qu'il avait, c'était de la sympathie, du réconfort, un soutien moral, et le temps. Maintenant plus les budgets se resserrent, plus il est difficile de trouver le temps à donner aux patients.

Le paiement des médecins par le gouvernement comporte un autre facteur. Essentiellement, cela transforme l'éthique d'Hippocrate en éthique vétérinaire. Le médecin n'est plus, comme il y était tenu par son serment d'Hippocrate, premièrement et avant tout responsable envers le patient, pour ne devenir responsable qu'au maître du patient qui paie les factures tout comme lorsque vous allez chez le vétérinaire, celui-ci ne fait pas nécessairement ce qu'il faut pour le chien ou le cheval, il suit les instructions du propriétaire. C'est là l'une de nos principales préoccupations; à savoir que lorsque vous créez un régime qui n'est en fait qu'un régime de monopole de paiement par le gouvernement aux médecins, vous vous retrouvez dans une situation où les médecins sont les serveurs de l'État et non les serveurs de leurs patients.

M. Epp: Docteur il ne me revient pas de juger du serment d'Hippocrate et de votre allégeance. Je dois admettre que j'ai quelque difficulté, comme profane, à comprendre le serment d'Hippocrate lorsque je regarde certaines pratiques qui touchent à la vie dans les hôpitaux. Toutefois, laissons tomber cet aspect, car je dois reconnaître que j'éprouve quelque

[Text]

You say that there will inevitably form a two-tier system. That is obviously a projection you have. Are you saying that by the formation of a two-tier system—and they can be formed in different ways, obviously—there would be members of your association who would leave, not opt out, who would take their total billing from the patient at whatever fee was felt was appropriate; get out of extra-billing and the plan, totally, and in fact create what you, I think, Dr. Goodman, said, a practice for the rich whereby those who could afford your services would pay you directly 100% of the cost that you would bill? Is that what you look at as a two-tier system?

Dr. Goodman: That is the end result, Mr. Epp. That is not our wish. At the present time if a patient wants to go to a doctor who has opted out, in the vast majority of instances if he cannot afford it, all he pays is what OHIP pays him. If you set up a two-tier system, he can no longer go to an opted-out physician, because he gets back nothing. We are talking now assuming that . . .

Mr. Epp: That is why I interrupted Mr. Smith.

Dr. Goodman: Assuming that Ontario adopts the Quebec plan, in essence government has mandated a two-tier system. That is what it amounts to, and those who do not go to the States will be treating only the well-to-do, not because they want to but because the others simply cannot afford to come to them any more.

Mr. Epp: I was maybe too abrupt when I cut off Mr. Smith, and that was not my purpose. The case scenario that I am putting before you, you have to fish or cut bait at a certain point, because when legislation comes down, it obviously affects your practice. I am trying to think ahead, because when we talk about a two-tier system, sir, we could argue that we have a two-tier system now; we could argue that we would have a two-tier system post-passage of the Bill which, by definition, is two-tier but could be of a different configuration than we have now. There are, I understand, in Ontario, though few in number, doctors right now who have decided to get out of the plan totally, not only by opting out but that their billing is directly with the patient. If they want to get a return on OHIP, that is fine, but the doctor as a professional deals with his patient only. You say you are concerned with strictly the patient. Is that not the two-tier system you are then saying you are going to enter?

Dr. Charbonneau: The point is we are not allowed in Ontario to bill our patients and the plan. Therefore, in the strictest context, we are not allowed to extra-bill. We bill our patients for the total amount but we are required to submit an account to their insurance plan, that meaning OHIP, on their behalf to receive whatever compensation OHIP will give them. We must do that. I would not be able just to say to my patient that this

[Translation]

difficulté à m'y retrouver. D'ailleurs là n'est pas le sujet de notre discussion aujourd'hui.

Vous affirmez qu'inévitablement, cela donnera un régime à deux paliers. C'est manifestement une prévision que vous faites là. Dites-vous qu'en formant un régime à deux paliers—et il y a plusieurs façons de s'y prendre, évidemment—que des membres de votre association laisseraient tomber le régime, c'est-à-dire qu'ils ne se retireraient pas, qu'ils factureraient à leurs patients tous les honoraires qu'ils estiment appropriés; qu'ils se retireraient complètement de la surfacturation et du régime, et en fait, créeraient ce que vous avez appelé, je crois, docteur Goodman, une clientèle de riches où seuls ceux qui ont les moyens de se permettre vos services vous verseraient directement les 100 p. 100 de vos honoraires? Est-ce que c'est ça, d'après vous, le régime à deux paliers?

Dr. Goodman: Ce serait le résultat final, monsieur Epp. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. A l'heure actuelle, si un patient veut aller voir un médecin qui s'est retiré, dans la grande majorité des cas, s'il n'en a pas les moyens, il ne paie que ce que verse O.H.I.P. pour son compte. Si vous créez un régime à deux paliers, il ne pourra plus aller chez un médecin qui s'est retiré du régime, car on ne lui remboursera rien. Nous parlons maintenant en supposons que . . .

M. Epp: C'est pourquoi j'ai interrompu M. Smith.

Dr. Goodman: En supposant que l'Ontario adopte le même régime qu'au Québec, essentiellement alors le gouvernement se trouve à mettre en place un régime à deux paliers. C'est ce que cela signifie, et ceux qui n'iront pas aux États-Unis, ne soigneront que les gens aisés, non pas parce qu'ils le souhaitent, mais parce que les autres n'auront tout simplement plus les moyens de venir les voir.

M. Epp: J'ai peut-être été un peu brusque lorsque j'ai coupé la parole à M. Smith, et ce n'était pas ce que je voulais. Je vous présente un scénario, à un certain moment, il vous faut faire un choix, car lorsqu'une loi est adoptée, manifestement, cela touche votre pratique. J'essaie d'envisager l'avenir, car lorsque nous parlons de régime à deux paliers, monsieur, nous pourrions prétendre que nous l'avons déjà; nous pourrions prétendre que nous aurons un tel régime après l'adoption du projet de loi, lequel, par définition, comporte un tel régime, mais sous une forme différente de ce que nous avons actuellement. Il existe, si j'ai bien compris, en Ontario, bien qu'ils soient peu nombreux, des médecins qui à l'heure actuelle ont décidé d'abandonner complètement le régime, non seulement en s'en retirant, mais en facturant directement à leurs patients. Si ces derniers veulent un remboursement de l'OHIP, c'est parfait, mais comme professionnel, le médecin ne fait affaire qu'avec son patient. Vous dites que vous vous préoccupez uniquement du patient. N'est-ce pas comme le régime à deux paliers dont vous préférez l'instauration?

Dr. Charbonneau: Le fait est qu'en Ontario, il ne nous est pas permis de faire payer à nos patients et le régime. En conséquence, au sens strict, il ne nous est pas permis de surfacturer. Nous demandons à nos patients le plein paiement, mais il nous faut présenter pour leur compte, une facture à l'assurance-maladie, c'est-à-dire à OHIP, afin qu'ils puissent recevoir l'indemnisation que OHIP leur verse. C'est ce que nous devons

[Texte]

is my fee and I am not going to submit on your behalf for any reimbursement. So that does not pertain at the moment, that you can be, quote-unquote . . .

• 1300

Mr. Epp: But in a new configuration that could be the result of . . .

Dr. Charbonneau: Where this proposal has come from is the fact that we now have to look at the fact that if the proposed Canada Health Act is passed, we now look to our provincial government to wonder what response they may have. One of the responses, which seems to be a good possibility, is that they may respond à la Quebec solution, as we call it, in medicine, whereby what would happen is the sanctions would be applied from our point of view on our patients, not on the doctors. There is no question in my mind, as I stated before, that I will always deal directly with my patients. My concern right now rests with what will happen to my patients' reimbursement from their provincial plan.

Mr. Epp: Exactly.

Dr. Charbonneau: I might add that recently I undertook a mailing of my practice in which again I discussed with my patients my concern for their future benefits from their provincial plan should the Ontario government respond in this way. I have had literally hundreds of letters, primarily from my senior citizens, primarily from my financially disadvantaged patients, deeply concerned because they realize that in such a scenario they will certainly be denied access to the doctor of their choice, who happens to be me. I am very concerned about that.

Dr. Goodman: Mr. Epp, I just wanted to clear up one misconception. There is no two-tier system at the present time, at least not in Ontario, because any patient can go to any doctor and any doctor that I know in any case accepts OHIP payments not from OHIP, because we do not deal with OHIP at all, except by having forcibly to send the OHIP card in, but he accepts as payment whatever the patient will receive from the provincial plan. So we have no two-tier system at the present time.

If Ontario adopts the Quebec solution, we will definitely have a two-tier system, because Dr. Charbonneau and I, and I do not know how many hundreds of others, have no intention of going to the plan, whether or no; in which case the government will have mandated a two-tier system.

Mr. Epp: Well, let us just look at that, because that is more than a veiled threat or a veiled comment.

Dr. Goodman: It is not a threat. It is a conclusion.

Mr. Epp: A comment, an evaluation, call it what you will. How do you create that two-tier system, then, or what is your option?

Dr. Charbonneau: We will have no option. There will be no option, for instance, in my practice, because there is no way that my financially disadvantaged patients could continue to

[Traduction]

faire. Je ne pourrai simplement pas dire à mon patient que tels sont mes honoraires et que je ne vais pas faire de demande de remboursement en son nom. Il ne s'ensuit donc pas pour le moment qu'il est possible, et je cite . . .

M. Epp: Mais dans une nouvelle structure qui pourrait découler de . . .

Dr. Charbonneau: Cette proposition a été faite car actuellement, nous devons bien nous dire que si le projet de loi canadienne sur la santé est adopté, nous devrons nous demander quelle sera la réaction de notre gouvernement provincial. L'une des réactions justement, qui semble être une bonne possibilité, est qu'il propose une solution à la mode du Québec, selon laquelle les sanctions seraient appliquées, de notre point de vue, sur nos patients et non pas sur les médecins. Comme je l'ai déjà dit, en ce qui me concerne, je traiterai toujours directement avec mes patients. Ce qui me préoccupe maintenant, c'est ce qu'il adviendra de ceux qui pourront se faire rembourser par le régime provincial.

M. Epp: Exactement.

Dr. Charbonneau: J'ajouterai que j'ai récemment entrepris d'envoyer des lettres à mes patients, leur faisant part de mes préoccupations quant aux prestations qu'ils pourraient toucher à l'avenir de leur régime provincial si le gouvernement de l'Ontario réagit de cette façon. J'ai littéralement reçu des centaines de lettres, surtout de citoyens âgés et de patients économiquement faibles, qui se préoccupent beaucoup parce qu'ils comprennent qu'avec un tel scénario, ils ne pourront plus s'adresser au médecin de leur choix, c'est-à-dire moi-même. Je suis donc très préoccupée par cette question.

Dr. Goodman: Monsieur Epp, je voudrais corriger une idée fausse. Il n'existe pas actuellement de régime à deux niveaux, du moins en Ontario, car les patients peuvent s'adresser à n'importe quel médecin, et tout ceux que je connais acceptent les paiements d'OHIP, pas directement de cet organisme, car nous ne traitons pas du tout avec lui, sauf pour envoyer la carte d'OHIP, mais le médecin accepte comme paiement ce que le patient touche du régime provincial. Nous n'avons donc pas de régime à deux niveaux pour le moment.

Si l'Ontario adopte la solution du Québec, nous aurons un tel régime, car le Dr. Charbonneau et moi-même—et je ne sais pas combien de centaines d'autres—n'avons pas l'intention de passer par ce régime, quoi qu'il arrive. Dans ce cas, le gouvernement aura imposé un régime à deux niveaux.

M. Epp: Examinons cela car c'est plus qu'une menace ou qu'un commentaire voilé.

Dr. Goodman: Il ne s'agit pas d'une menace mais d'une conclusion.

M. Epp: Une remarque, une évaluation, comme vous voudrez. Comment créez-vous ce régime à deux niveaux, ou quelle est votre option?

Dr. Charbonneau: Nous n'avons aucune option. Il n'y aura pas d'option, par exemple en ce qui me concerne, car il est impossible que mes patients économiquement faibles conti-

[Text]

seek my services without their OHIP reimbursement. They are totally dependent on it, because my financially disadvantaged patients in fact wait, receive their OHIP cheque, merely endorse it, and send it to me.

Mr. Epp: Precisely.

Dr. Charbonneau: There is no way they could withstand such an action on the part of the provincial government. They are now well aware of it, and as I say have expressed to me their deep concern. I have hundreds and hundreds of letters at this point addressed to Mr. Norton in Ontario beseeching him to continue to show concern about the possible punitive action he may be forced to take against them.

There is no question that I equally have very financially advantaged patients to whom a \$23 office visit will not be a major problem. They will continue to exert their right to be free to choose the physician of their choice.

Mr. Epp: I am sorry to be taking so much time, Mr. Chairman, because I do not want to get into the question of whether we have a two-tier system by definition. It depends on the user of the words.

You say there is a two-tier system in Quebec right now.

Dr. Goodman: Yes.

Mr. Epp: That charge has been made here before by my colleague, for example, Dr. Halliday. Quebec argues no. Others doctors argue no. Others say no. Where is the proof of the pudding that that is a two-tier system right now?

Dr. Goodman: Mr. Epp, may I clarify it for you?

Mr. Epp: Please.

Dr. Goodman: I am a Québécois by birth and a graduate of McGill and I know very well the situation in Quebec.

Mr. Epp: Could you tell us?

Dr. Goodman: The last time I checked, there were some 15 doctors in the Province of Quebec who were opted out of the system. That is the word I had: some 15 doctors opted out. I will not go into the details of why the profession has allowed this to happen in Quebec or why they have opted in or why Dr. Gingras, the cardiovascular surgeon who went to Florida, left.

• 1305

Let me tell you this: Those 15 are the second tier of the two-tier system. They deal entirely with patients; they send in no bills, because the Quebec government will not reimburse them any amount for seeing these doctors. By the way, these doctors do exceedingly well financially, but that is because the people who are their clients are not only the well-to-do but the very rich, and a \$100 house call does not mean anything to them, as long as they get the service they want. This is what I meant about producing a two-tier system.

[Translation]

nuent à s'adresser à moi sans leur remboursement d'OHIP. Ils y comptent entièrement, car ils attendent de toucher leur chèque d'OHIP pour l'endosser et me l'envoyer.

M. Epp: Précisément.

Dr. Charbonneau: Il est impossible qu'ils résistent à une telle initiative du gouvernement provincial. Ils le savent bien maintenant, et encore une fois, ils m'ont fait part de leurs graves préoccupations. J'ai en ma possession des centaines de lettres adressées à M. Norton, en Ontario, l'exhortant à continuer à se montrer préoccupé des sanctions possibles qu'il peut être forcé de prendre contre eux.

Il est indéniable que j'ai également des patients qui sont loin d'être désavantagés et pour lesquels une visite de 23\$ ne serait pas un grand problème. Ils continueront à exercer leur droit de choisir librement le médecin de leur choix.

M. Epp: Monsieur le président, je suis désolé de prendre tant de temps, mais je ne voudrais pas que nous en arrivions à nous demander si par définition, nous avons un régime à deux niveaux. Cela dépend de celui qui utilise les termes.

Vous dites qu'il existe un tel régime actuellement au Québec.

Dr. Goodman: Oui.

M. Epp: Cette accusation a déjà été prononcée par mon collègue, par exemple, le Dr. Halliday. Le Québec, d'autres médecins et d'autres encore prétendent que non. Comment déterminer vraiment si un tel régime existe actuellement?

Dr. Goodman: Monsieur Epp, puis-je clarifier cette question?

M. Epp: Je vous en prie.

Dr. Goodman: Je suis québécois de naissance et diplômé de McGill de sorte que je connais très bien la situation au Québec.

M. Epp: Dites-nous.

Dr. Goodman: La dernière fois que j'ai vérifié, 15 médecins du Québec avaient décidé de ne plus adhérer au régime. C'est ce que l'on m'a dit, 15 médecins. Je n'expliquerai pas en détail pourquoi la profession a accepté que cela se passe au Québec, ou pourquoi certains praticiens ont adhéré au régime, ni pourquoi le Dr. Gingras, chirurgien des maladies cardiovasculaires, a préféré partir pour la Floride.

Permettez-moi de vous dire ceci: Ces 15 médecins constituent le second niveau du régime à deux niveaux. Ils ne traitent qu'avec les patients; ils n'envoient pas de factures car le gouvernement du Québec ne rembourse rien à ceux qui consultent ces médecins. Entre parenthèses, ces derniers gagnent très bien leur vie, mais c'est parce que leurs clients ne sont pas seulement riches mais extrêmement riches, de sorte qu'ils n'hésitent pas à payer 100\$ pour une visite à domicile, pour autant qu'ils obtiennent le service qu'ils souhaitent. C'est ce que j'ai voulu dire en parlant d'un régime à deux niveaux.

[Texte]

Mr. Epp: Sir, that is what I thought you meant and that is what I wanted to get to. The options that I see, if the Bill passes in its present form, the option that I see for you . . . And let us not argue about whether we now have a two-tier system. As I say, it depends on the useage of the person and the philosophy of the person using it. The only way I see a two-tier system is for a doctor in Ontario—or any other province, but let us take Ontario because that is what we are dealing with—to say: Look, I will not bill the plan; I will get out of the plan; I will tell my patients that; I am going to charge my patients; the patients will not get reimbursed, because that is a change from the present configuration. We will cater to the elite, either financially or otherwise.

Dr. Goodman: As a result of government intervention.

Mr. Epp: Fair ball; I am not arguing the cause, I am looking at the effect. Surely that is the root; if you want to work within "the Canadian system", apart from leaving the country totally, that is your option. Am I not correct in that?

Dr. Charbonneau: It will be your only alternative.

Dr. Goodman: You are absolutely right, the only option.

The Chairman: Dr. Kindle.

Dr. John Kindle (Member of the Board of Directors, Association of Independent Physicians of Ontario): The reason why this is being brought forth is because we are being told that we are now creating the two-tier system. In my own practice . . . Dr. Goodman has 40% whom he bills at the OHIP rate—I have about 25% whom I bill at the OHIP rate. When people come to my office, if they can afford to pay at the visit I would like payment at the visit, and 75% of my patients do pay at the visit. But 25% of my patient population is composed of people on welfare, the unemployed, the single mother, the senior citizen on fixed pension and, when they leave my office, for the last several years they have received an envelope from my office. On this is my name and address; I pay the postage. When the patient gets his cheque in the mail from the government, he signs it, puts on it "deposit to the account of Dr. Kindle", puts it in the envelope and sends it back to me.

I have a special bond with those patients. They respect me and they want to remain my patients. There have been some who have collected that cheque in the mail, have decided to keep it and do not wish to come to me as their physician any more. But there are a great many people who will not be able to afford to see me when this Bill passes because they will be denied their reimbursement. We are including the elderly at home on whom I have to make house calls, because I am one of the few doctors who will make house calls in my area; many doctors just refuse. I also attend a senior citizens residence, where most of them are over 70, 80 years of age. Every one of them is billed at the OHIP rate. These people will be denied my services, because I do not think they will be able to afford my services when the Bill passes, so we are going to have the two-tier system.

[Traduction]

M. Epp: Monsieur, c'est ce que je pensais que vous vouliez dire, et c'est à cela que je voulais en venir. Vos options, selon moi, si le projet de loi est adopté sous sa forme actuelle . . . Ne nous demandons pas s'il existe actuellement un régime à deux niveaux. Encore une fois, cela dépend de l'interprétation et de la philosophie de ceux qui utilisent ces termes. Selon moi, un tel régime n'existe que lorsqu'un médecin de l'Ontario—ou de toute autre province, mais parlons de l'Ontario puisque c'est de cela qu'il s'agit—dit ceci: Je ne vais pas envoyer la facture au régime, je m'en désaffilie et je vais le dire à mes patients; c'est à eux que j'enverrai ma facture, ils ne se feront pas rembourser car les structures actuelles sont modifiées. Nous traiterons l'élite, financière ou autre.

Dr Goodman: À la suite d'une intervention du gouvernement.

M. Epp: Juste; je ne discute pas de la cause car j'examine plutôt l'effet. Mais la cause est indéniable; si vous voulez fonctionner dans le cadre du système canadien et que vous ne vouliez pas définitivement quitter le pays, telle est votre option. N'est-ce pas vrai?

Dr Charbonneau: Ce sera votre seule solution de rechange.

Dr Goodman: Vous avez absolument raison, la seule.

Le président: Docteur Kindle.

M. John Kindle (membre du conseil d'administration, Association of Independent Physicians of Ontario): Nous soulevons cette question uniquement parce que l'on nous dit que nous sommes en train de créer un régime à deux paliers. Personnellement—M. Goodman a 40 p. 100 de patients qui le paient au taux d'OHIP—j'ai quelque 25 p. 100 de patients auxquels je facture ce taux. Lorsque les gens viennent à mon cabinet, s'ils peuvent se permettre de payer tout de suite, c'est ce que je préfère, et c'est ce que font 75 p. 100 de mes clients. Mais 25 p. 100 de mes patients sont des gens du bien-être social, des chômeurs, des mères célibataires, des citoyens âgés qui touchent une pension fixe, et ils partent de mon cabinet avec une enveloppe; je procède ainsi depuis plusieurs années. Cette enveloppe timbrée porte mon nom et mon adresse. Lorsque le gouvernement envoie son chèque par la poste au patient, celui-ci le signe et y inscrit «déposé au compte du Dr. Kindle», il le met dans l'enveloppe et me le renvoie.

J'ai donc des relations privilégiées avec ces patients. Ils me respectent et veulent continuer à venir me consulter. Certains ont décidé de garder ce chèque et de ne plus me consulter. Mais beaucoup de patients ne pourront plus se permettre de venir me voir lorsque ce projet de loi sera adopté parce qu'ils n'auront plus droit à leurs remboursements. Nous parlons aussi des personnes âgées qui ne peuvent pas sortir de chez elles et que je dois aller voir à domicile parce que je suis l'un des rares médecins à faire ce genre de choses dans mon quartier. Beaucoup de confrères refusent cela. Je vais aussi dans un foyer de retraite où résident des gens de plus de 70 ou 80 ans. Chacun paie au taux d'OHIP. Ces personnes n'auront plus droit à mes services parce que je ne pense pas qu'elles pourront se les permettre lorsque ce projet de loi sera adopté de sorte que nous allons avoir un régime à deux niveaux.

[Text]

The Chairman: Mr. Epp, this will be your final question. I will get back to you on the second round, if you wish.

Mr. Epp: Do you have any survey of the number of your members who would develop a two-tier system of the type that you have described? How many of them would simply pack it in and leave for the sun belt?

Dr. Charbonneau: As you are aware from the Toronto press, we have had several. We have now about 24 of our top Toronto specialists who have stated their intention to leave the country. However, in the somewhat randomized surveys that we have run of our membership, I would say that my guesstimate is that, in Ontario, about 5% of the current 14% of physicians who practise directly would decide to remain private.

One thing for sure that I am aware of, from my 12 years' experience in dealing directly with patients, is that the 5% of physicians who choose to remain strictly private will certainly not cater to a mere 5% of the population of our province. That is for sure.

The Chairman: Dr. Charbonneau, may I just intervene for a second? You are saying 5% of the 14%?

Dr. Charbonneau: Currently 14% of physicians deal directly with patients. I think if the provincial government took a step to say that patients who attended such doctors would not be reimbursed, we would likely see about 5% of physicians remain strictly private, about one-third.

• 1310

Mr. Gordon Smith (Executive Director, Association of Independent Physicians of Ontario): About one-third, not 5% of 14%?

Dr. Charbonneau: No; 5%, sorry.

The Chairman: That was my first mental calculation, it sounded tiny. Thank you, Mr. Epp. Mrs. Killens.

Mrs. Killens: *Merci, monsieur le président.* We are drawing near the end of our hearings. I sense anger—although this is not my language, the brief is written in English—I find the language is strong. The presentation was a strong presentation, to say the least.

While I respect of course your position, as a member of this committee I have to put it in context with all the others we have received before yours. As a representative of the people, my constituents, the people who came to represent my constituents and the majority of the people of Canada do not have the expertise. They do not have your know-how; they do not have the finesse you have in presenting as well something like you did this morning.

We have to weigh the situation, because we are getting sometimes truth and sometimes demi-truth. It seems to me it is going to be very hard for us to know where the truth lies.

[Translation]

Le président: C'est votre dernière question, monsieur Epp. Je vous donnerai de nouveau la parole au second tour, si vous le souhaitez.

M. Epp: Avez-vous une idée du nombre de vos confrères qui créeraient un régime à deux niveaux du type que vous avez décrit? Combien d'entre eux préféreraient aller s'installer au soleil?

Dr. Charbonneau: D'après les journaux de Toronto, vous savez sans doute que nous en avons eu plusieurs. Actuellement, quelque 24 de nos meilleurs spécialistes de Toronto ont déclaré leur intention de quitter le pays. Cependant, d'après les enquêtes aléatoires que nous avons effectuées auprès de nos membres, je dirais que selon mon estimation en Ontario, environ 5 p. 100 des 14 p. 100 de médecins qui passent outre à l'OHIP voudront rester dans le privé.

Je suis sûre d'une chose: Il y a 12 ans que je traite directement avec les patients et je sais que 5 p. 100 des médecins qui décident de faire de la médecine strictement privée ne s'occuperont certainement pas d'un petit cinquième de la population de notre province. C'est évident.

Le président: Docteur Charbonneau, puis-je intervenir une seconde? Vous parlez de 5 p. 100 des 14 p. 100?

Dr. Charbonneau: Actuellement, 14 p. 100 des médecins traitent directement avec les patients. Je pense que si le gouvernement provincial décidait de dire que les patients qui consultaient ces médecins ne seraient pas remboursés, environ 5 p. 100 des médecins exerceraient strictement dans le privé, soit environ un tiers.

M. Gordon Smith (directeur général, Association of Independent Physicians of Ontario): Environ un tiers, soit 5 p. 100 de 14 p. 100.

Dr. Charbonneau: Non, 5 p. 100, je suis désolée.

Le président: C'est ce que j'avais d'abord calculé mentalement, et cela paraissait peu. Je vous remercie, monsieur Epp. Madame Killens.

Mme Killens: *Thank you, Mr. Chairman.* Nous en arrivons presque à la fin de nos audiences. Je vois une certaine colère—bien que ce ne soit pas ma langue, le mémoire est écrit en anglais—les termes me paraissent très forts. Pour dire le moins cet exposé était véhément.

Bien que je respecte bien sûr votre position, comme membre du Comité, je dois la situer par rapport à toutes les autres que nous avons entendues avant la vôtre. Comme représentante du peuple, mes électeurs, ceux qui sont venus représenter mes électeurs et la majorité des Canadiens n'ont pas les connaissances voulues. Ils n'ont pas votre savoir-faire ni la finesse avec laquelle vous avez présenté votre exposé ce matin.

Nous devons évaluer la situation car l'on nous présente parfois la vérité parfois des demi-vérités. Il me semble qu'il nous sera très difficile de savoir où se situe la vérité.

[Texte]

We have two different groups of people at the other end of you. You are in the centre, as far as I can analyse the situation. We have Justice Hall who says to us that the system will be eroded if it is not stopped; it is like a crack in a dam. I may be wrong but my assessment is this: the reason why it has not eroded so much more in the last two years is because there has been a sort of a threat by the Minister's going across the country negotiating with different provincial Ministers of Health. With that kind of a mood, who would dare? So it is true, it is has not; the percentage is low, it is true. But the fear of the crack in the dam is still there for some of us.

On the other end of that scale we have the antipoverty league, the Coalition of Consumers. We have these people who represent the ordinary people of the street for us; their major concern is accessibility. That is what they would like, and on page 2 of your paper you say the Canada Health Act has nothing whatsoever to do with the quality of medicare. I think you are right, it does not have anything to do with the quality. But if I ask my people, they do not want to talk of quality. When they came here, they said they did not want to shop around, they do not have time. It is at a time of their life when there is a lot of emotional upset. They do not want to have to shop around in the middle of the night or something.

So the jurisdiction of the quality is at the level of the provincial government. I am more concerned with accessibility than with the quality. I must say I would like to have quality, and that does not come second; it should come together of course.

We have many suggestions, and I would like to have your opinion on that. We have many groups, and I will not go through repeating the names of those groups who have suggested there could be better utilization of the services; for examples a clinic in a shopping centre, a store-front clinic and community centre home-care services, whereby we would cut the services. But on the other hand we had some people tell us there are too many physicians. What are we doing? I know you are not a syndicate, and although some doctors sometimes sound like they are a syndicate, *un syndicat*, a union I think is the name for that.

We had the *omnipraticiens du Québec* and the *les spécialistes du Québec* who agree with Bill C-3. They are doctors too and they do not get the salary of other doctors across the country, so we have to weigh that all together.

• 1315

So would you be willing to negotiate with the provincial Ministers to get a good quality service to the clientele at a lesser cost? This will have to be negotiated by associations such as yours.

Dr. Goodman: Mr. Chairman, I would like to make a couple of comments.

To begin with, Madam, my comments are made more in sorrow than in anger. I have been in this battle for over 15

[Traduction]

A votre extrémité, vous avez deux groupes différents. Vous vous situez au centre, pour autant que je puisse analyser la situation. Nous avons le juge Hall qui nous dit que le régime se dégradera si l'on continue dans cette voie. C'est comme une brèche dans un barrage. Je me trompe peut-être mais voici comment j'évalue la situation: le régime ne s'est pas davantage érodé depuis deux ans parce que le ministre voyage dans le pays pour négocier avec différents ministres provinciaux de la Santé en leur agitant sous le nez une sorte de menace. Qui oserait agir dans ces circonstances? C'est donc vrai que le régime ne s'est pas dégradé; le pourcentage est faible, mais les faits sont là. Certains d'entre nous continuent à craindre cette brèche dans le barrage.

De l'autre côté de la balance nous avons la ligue antipauvreté, l'Association des consommateurs. Il y a des gens qui représentent pour nous le citoyen moyen qui se préoccupe de l'accès au service. C'est ce qu'il voudrait, mais à la page 2 de votre exposé, vous dites que la Loi canadienne sur la santé n'a rien à voir avec la qualité de l'assurance-maladie. Je pense que vous avez raison. Mais en interrogeant mes électeurs, j'apprends qu'ils ne veulent pas parler de qualité. Lorsqu'ils sont venus ici, ils ont dit ne pas vouloir frapper à toutes les portes pour se trouver un médecin, ils n'ont pas le temps de le faire. De plus, lorsqu'ils ont besoin de médecins, ils traversent des émotions très fortes. Ils ne veulent pas se trouver un médecin qui leur convient au milieu de la nuit, par exemple.

Par conséquent, la compétence en matière de qualité revient au gouvernement provincial. Je me préoccupe davantage d'accessibilité que de qualité. Je dois dire que j'aimerais que la qualité existe, que ce n'est pas quelque chose de secondaire; il faudrait qu'elle compte autant.

Nous avons de nombreuses suggestions, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez. De nombreux groupes, dont je ne vais pas répéter les noms, ont dit que les services pourraient être mieux utilisés; par exemple une clinique dans un centre commercial ou dans un magasin, des services à domicile relevant de centres communautaires qui nous permettraient de diminuer les services. Mais d'autre part, certains nous ont dit qu'il y avait trop de médecins. Que faut-il faire? Je sais que vous n'êtes pas un syndicat, contrairement à l'impression que donnent parfois certains médecins.

Les omnipraticiens du Québec et les spécialistes du Québec appuient les dispositions du Bill C-3. Ce sont aussi des médecins qui ne touchent pas le traitement de leurs confrères ailleurs au Canada et nous devons donc en tenir compte aussi.

Seriez-vous donc disposés à négocier avec les ministres provinciaux afin d'offrir un service de bonne qualité à la clientèle à un moindre coût? Les associations telles que la vôtre devront négocier cela.

Dr Goodman: Monsieur le président, je voudrais faire quelques remarques.

Pour commencer, madame, mes remarques ont été inspirées davantage par la tristesse que par la colère. Je lutte comme

[Text]

years. I am also the Canadian and U.K. representative of a group known as IATROS, which is the international organization of independent physicians. I have seen the system as it works in Britain, France, Switzerland, Italy, Israel, and Australia. I can tell you that I fear for what is going to happen here. It is such a constant in the way the system develops that accessibility does not become more, it becomes less under such a system—much less.

Look at Britain. I am an ear, nose and throat specialist. In Britain, the last time I checked, if your child needed a tonsillectomy and went to an ear, nose and throat physician, he or she would wait two and a half years for the operation. Years! If your poor old mother needed a hip prosthesis she would wait four and a half to five years. So is this accessibility?

Mr. G. Smith: One question, Mr. Chairman, if I may add to that. In terms of accessibility, the provincial minister of health assures us that something like 94.5% of all billings in Ontario occur at the OHIP rate. At least 86% of physicians in this province are in fact opted-in and are participating. So the prospect of people in a traumatic situation and most upset shopping for a doctor and concerned about accessibility I think would not occur very often, given the numbers that are in versus the numbers that are out. I think that is a fear that is more perceived than real.

The Chairman: Dr. Carruthers.

Dr. Chris Carruthers (Ottawa representative, Association of Independent Physicians of Ontario): Thank you. Accessibility is certainly very important, and there are things in this Bill that do directly influence accessibility. One thing that has never been brought up and needs to be brought up, and which is excluded, is private and semi-private coverage in the hospitals. In the present system right now, 55% of the beds in our hospitals are semi-private or private. If you do not have that insurance coverage for an elective admission, you may be denied admission to the hospital. This system is going to happen in the proposed Canada Health Act. In other words, you need outside coverage to semi-private or private to get the bed that is available.

What I am saying is that there is no need for semi-private or private coverage. But if you have an elective admission, if I tell somebody at a hospital I have a person who is to come in Monday for an operation, the hospital checks that patient's coverage and finds out that it may be semi-private and private, or that they do not have a ward bed, someone else may get that bed. This is going to be allowed to continue under the new health act, because semi-private and private extra charges are going to continue.

In reality, there is no need for semi-private and private. There is no need for Blue Cross, for you to go out and get additional insurance to be covered by that situation. I do not think this has been addressed. Now, it does not occur in emergency admissions; I am talking about elective admissions. The hospitals can use the money they generate from semi-

[Translation]

cela depuis 15 ans. Je suis le représentant du Canada et du Royaume-Uni d'un groupe, l'I.A.T.S., organisation internationale de médecins indépendants. J'ai vu comment le système fonctionne en Grande-Bretagne, en France, en Suisse, en Italie, en Israël et en Australie. Je peux vous dire que ce qui va se passer ici me préoccupe. D'après l'évolution du système, on voit toujours que l'accessibilité diminue plutôt que d'augmenter.

Voyez ce qui se passe en Grande-Bretagne. Je suis oto-rhino-laryngologiste. La dernière fois que j'ai examiné la situation en Grande-Bretagne, j'ai constaté que si un enfant a besoin d'une opération des amygdales et qu'il se rend chez un oto-rhino-laryngologiste, il doit attendre deux ans et demi avant de se faire opérer. Des années? Si votre pauvre vieille mère a besoin d'une prothèse de la hanche, elle doit attendre quatre ans et demi à cinq ans. Peut-on donc parler d'accessibilité?

M. G. Smith: Une question, monsieur le président, si vous me permettez. A propos de l'accessibilité, le ministre provincial de la Santé nous assure qu'environ 94.5 p. 100 de toutes les factures de l'Ontario correspondent au taux d'O.H.I.P. Au moins 86 p. 100 des médecins de cette province participent au régime. La perspective que des gens qui se trouvent dans une situation traumatisante et très émotionnelle pour se chercher un médecin et se préoccuper d'accessibilité ne se présentera sans doute pas très souvent, car le nombre de médecins désaffiliés est minime. Cette préoccupation est donc plus théorique que réelle.

Le président: Docteur Carruthers.

Dr Chris Carruthers (représentant de l'Ontario, Association of Independent Physicians of Ontario): Merci. L'accessibilité est certainement très importante, et certains aspects de ce projet de loi touchent directement cette question. On n'a jamais parlé, alors qu'il le faudrait, des hôpitaux privés et semi privés. Dans le régime actuel, maintenant 55 p. 100 des lits d'hôpitaux sont semi privés ou privés. Si vous n'avez pas d'assurance pour une admission élective, l'hôpital peut refuser de vous admettre. Le projet de loi canadienne sur la santé va instaurer ce système. En d'autres termes, vous avez besoin d'une assurance supplémentaire relative à un service semi privé ou privé pour obtenir le lit disponible.

Je dis que cette assurance n'est pas nécessaire. Mais si vous avez une admission élective, si quelqu'un me dit à l'hôpital qu'un patient doit venir lundi pour une opération, l'hôpital vérifie l'assurance du patient et s'aperçoit qu'un service peut être semi privé et privé, ou n'il n'y a pas de lit dans la salle commune, quelqu'un d'autre peut obtenir ce lit. La nouvelle Loi sur la santé va permettre de maintenir ce système, car les assurances supplémentaires pour services semi privés et privés vont être maintenues.

En réalité, l'assurance semi privée et privée n'est pas nécessaire. Il n'est pas nécessaire de s'adresser à *Blue Cross* ni d'acheter une assurance supplémentaire pour être couvert par cette situation. Je ne pense pas que l'on se soit penché sur cette question. Je ne pense pas que cela se présente dans les admissions à l'urgence. Je parle des admissions électives. Les

[Texte]

private and private coverage for other areas in the hospital. I think this point has to be addressed.

The second thing: I am interested not in generating more income, but in treating patients. What is happening to accessibility today? At our hospital in the month of January, in one department there were 42 elective cancellations. Now that is 42 people who were phoned up the day before and told: We do not have a bed for you; you will have to wait until the next time around. Some of these people have been cancelled two, three, and four times. That is what is happening now.

Now that is very frustrating for me as a physician, because I think this attitude that Mr. Epp referred to is a very important thing. What does that mean to me? It means to me that on a Sunday afternoon at 1.00 p.m. I get a call from the hospital. The hospital says: Doctor, do not come to work tomorrow; you do not have any work; your patients have been cancelled, so find something else to do—or you have one case in.

Today I was to operate, and of three cases to come in only one made it; two did not get in. So accessibility is being directly influenced now.

• 1320

One thing that opting out has done—it is an attitudinal thing. If one wants to generate income, one can. You can go to the Quebec situation and see that, sure, they do not have opted-out, but they have people who are running streamline practices, and that is not what I want. I see the situation where patterns of practice are going to change, and they are changing. They will change, and they are changing, based on inadequacies in the whole system. Opting out gave you not necessarily a significant income, but a psychological feeling that you were not being pressed into a corner. I can see changes happening and changes are already happening.

The other thing with the system as it is, that opting out allowed you, and it has been discussed before, is that you are financially penalized for being an expert. If you become very good in something, that demands more time with the patient; it demands more skill. There is no financial reward for that. As a matter of fact from an economic point of view you are penalized since you spend more time with the patient; since you see more difficult cases, you see fewer patients. I think that has to be addressed one way. One thing that opting out did . . . and there is no question there was some financial gain, but I think it is more of a psychological attitude.

A physician like myself who is an institutional-based physician, I think that is important to realize, can see tremendous pressures in my inability to work. I am becoming more upset not in my economic situation, but the fact that at our hospital in one department 42 people did not get in. They do not phone the hospital: they occasionally phone the MP, but they telephone me because they think I can control the situation.

[Traduction]

hôpitaux peuvent utiliser l'argent qu'ils touchent des assurances semi privées et privées pour d'autres secteurs de l'hôpital. On n'a pas examiné cette question.

Deuxièmement, je ne m'intéresse pas à gagner davantage de revenus mais à traiter les patients. Que se passe-t-il aujourd'hui à propos d'accessibilité? Dans notre hôpital, en janvier, il y a eu 14 annulations électives dans un secteur. On a téléphoné à ces 42 personnes la veille du jour où elles devaient venir pour leur dire que l'hôpital n'avait pas de lits à leur disposition et qu'elles devaient attendre la prochaine fois. Certaines de ces personnes ont eu une annulation trois ou quatre fois. Voilà ce qui se passe maintenant.

En tant que médecin, je suis très mécontent de cette situation et ce dont a parlé M. Epp me paraît très important. Qu'est-ce que cela signifie pour moi? Cela signifie qu'un dimanche après-midi à 13 heures, un hôpital m'appelle. Il me dit de ne pas venir travailler le lendemain parce qu'il n'y a pas de travail, que les patients ont dû être annulés et que je dois trouver quelque chose d'autre à faire, ou que je n'ai qu'un seul patient.

Aujourd'hui, je devais opérer et sur les trois patients qui devaient venir, un seul s'est présenté. On influence donc directement l'accessibilité maintenant.

Une chose que la désaffiliation a fait . . . c'est une question d'attitude. Si quelqu'un veut faire de l'argent, il le peut. Vous pouvez voir ce qui se passe au Québec et constatez qu'il n'y a pas eu de désaffiliation mais que les médecins voient un très grand nombre de patients, ce qui n'est pas ce que je souhaite. La façon d'exercer la médecine va changer, et cela commence déjà à cause des lacunes de tout le système. En se désaffiliant, on ne se fait pas nécessairement un revenu élevé, mais on a l'impression de ne pas y être coincé. Je vois que des changements seront apportés et ils se manifestent déjà.

Par ailleurs, il en a déjà été question, ceux qui se désaffilient sont financièrement sanctionnés parce qu'ils sont spécialistes. Si vous devenez très compétent dans un domaine, cela exige que vous passiez plus de temps avec votre patient, cela exige plus de compétence. Vous n'êtes pas financièrement récompensé pour cela. En fait, d'un point de vue économique, vous êtes sanctionné puisque vous consacrez plus de temps aux patients; puisque vous examinez des cas plus difficiles, vous voyez moins de patients. Je pense qu'il faut examiner cela d'une certaine façon. Ce qu'a fait la désaffiliation . . . il est indéniable que certains gains financiers ont été possibles, mais c'est surtout une question de psychologie.

Un médecin comme moi qui travaille en milieu hospitalier—et il me paraît important de le comprendre—peut subir de très fortes pressions s'il ne peut pas travailler. Je deviens de plus en plus contrarié, non pas par ma situation économique, mais du fait que dans notre hôpital, 42 patients ne se sont pas présentés dans un service. Ils ne téléphonent pas à l'hôpital: ils téléphonent parfois à leur député, mais ils me téléphonent parce qu'ils pensent que je peux régler la situation.

[Text]

Similarly at our hospital, during Christmas and New Year, they closed the hospital for elective admissions. Now, usually over previous years that is the time that I operated on people, kids from university, high school and that because they could recover. They closed it.

They did not ask me if I was available to operate? They just said, no elective admissions for about a 10-day period. Now there were about three or four days that we would be available. They are doing the same thing at the March break in order to save money, so accessibility is being eroded right now. I think, unfortunately changes are occurring so that you are going to have a two-tiered system. Because there was a certain attitudinal thing with this opting out, and I do not have the answer to the final solution, but I can tell you that many physicians who were opted-out saw that as the last straw of government pressure on them. Now you can see, particularly institutionalized, not institutional-use physician, that when that is gone there will be changes in patterns and practice; the frustration of cancellations. I see patients in a clinic, and I cringe sometimes when I have to tell them they have to be admitted in the hospital, because the next question they are going to ask me is: When? I have to say, six to eight weeks, I do not know. Then I have to get on the telephone and start pulling some strings to get them in, and that is what I do not like, and that is what is happening now, and this does not address that point at all.

Dr. Charbonneau: Madam, if I may just add a final comment to the issue of accessibility? As President of this association, I think I would want it on record that accessibility of patients to physicians such as ourselves has always been a prime concern to us. I have had numerous meetings with Mr. Timbrell, then Mr. Grossman and finally Mr. Norton. On all occasions one of the issues at the top of my list was, were there complaints about the patient not having access to physicians because of financial difficulties. All three health ministers in Ontario have assured me that they literally simply do not receive mail on this subject; it is not brought to their attention that there are problems occurring.

The NDP in our province actually went to the length of placing advertisements in newspapers trying to ferret out cases of denial of access on the basis of financial problems. It is my understanding there were some 60 to 70 cases of which some 5 to 6 were surrounding the issue of the fee and inability to pay. That is out of a province with the population, as you know, of Ontario, so it would certainly appear to me that we in fact are not experiencing a problem of lack of access. I think the fear that some people have is very much, to my mind, imaginery.

I note that the federal Minister recently came up with a case of a woman at the Mount Sinai Hospital. It was obvious when the press looked into this further that it was an extremely poorly documented case; that the Minister was not aware of all the facts surrounding the bill that the woman received. However, she made a statement, and her statement was that this one case surely exhibited the grim reality of perhaps hundreds of thousands of cases where patients were being

[Translation]

Mais une chose, dans notre hôpital à Noël et au Jour de l'An, on a fermé pour les admissions électives. Or, les années précédentes, c'était à cette époque que j'opérais par exemple des jeunes universitaires, des lycéens parce qu'ils pouvaient se rétablir. Or, on a cessé ce service.

On ne m'a pas demandé si j'étais prêt à opérer. On m'a simplement dit qu'il n'y aurait pas d'admission élective pendant environ 10 jours. Or il y avait trois ou quatre jours où nous aurions pu travailler. Ils font la même chose aux congés de mars pour économiser de l'argent, ce qui diminue encore l'accessibilité. Je pense que malheureusement, des changements se produisent de telle sorte que l'on se trouve dans un système à deux paliers. Étant donné que cette question de la désaffiliation présentait un aspect d'attitude—et je n'ai pas de réponse à la question finale—je peux cependant vous dire que de nombreux médecins ont été forcés de se désaffilier pour répondre à des pressions extrêmes de la part du gouvernement. Lorsqu'il n'y aura plus de médecins en milieu hospitalier, les habitudes dans la pratique de la médecine seront modifiées, entraînant des mécontentements dus aux annulations. Je vois des patients dans une clinique, et parfois j'hésite à leur dire qu'ils doivent se faire admettre à l'hôpital car la question qu'ils me posent est bien sûr de savoir quand. Je dois leur dire dans six à huit semaines, car je ne le sais pas vraiment. Je dois ensuite téléphoner et commencer à exercer des pressions en leur faveur, ce que je n'aime pas, et c'est ce qui se passe maintenant, ce qui ne règle pas du tout cette question.

Dr Charbonneau: Madame, permettez-moi d'ajouter une dernière remarque sur l'accessibilité. En tant que présidente de cette association, je voudrais dire ici que l'accessibilité des patients à des médecins comme nous-mêmes a toujours été pour nous une préoccupation essentielle. J'ai de nombreuses fois rencontré M. Timbrell et M. Grossman et finalement M. Norton. J'ai toujours posé comme question la plus urgente les plaintes des patients qui n'avaient pas accès à des médecins en raison de difficultés financières. Les trois ministres de la Santé de l'Ontario m'ont assuré qu'ils ne recevaient littéralement aucune lettre à ce sujet; on ne leur signale pas qu'il existe des problèmes.

Dans notre province, le NPD est allé jusqu'à publier de la publicité dans les journaux pour essayer de découvrir si certaines personnes s'étaient vu refuser l'accès pour des problèmes financiers. Je crois savoir qu'il y avait eu quelque 60 à 70 cas dont cinq à six concernaient la question des honoraires et de l'incapacité à payer. Or, il s'agit d'une province aussi peuplée que l'Ontario et je ne dirais donc pas que l'on puisse parler d'un problème de manque d'accès. Certaines personnes ont, je pense, des craintes qui sont imaginaires.

Je constate que récemment le ministère fédéral a évoqué le cas d'une femme à l'hôpital Mount Sinai. Lorsque la presse a examiné de plus près cette question, il était évident qu'on l'avait mal documentée, que le ministre ne connaissait pas tous les faits entourant la facture que cette femme avait reçue. Elle a cependant fait une déclaration, et ce qu'elle a déclaré, c'est que cette affaire a fait ressortir la triste réalité de peut-être des centaines de milliers de cas où des patients ont été facturés

[Texte]

billed without knowing the full circumstances and with a great inability to pay.

• 1325

I would here today in this room issue a challenge to Madam Bégin that, for every one well-documented case she can provide to me of lack of access to physicians' services because of an inability to pay, I will match her 100 cases to her one.

The Chairman: Mrs. Killens.

Mrs. Killens: Yes, if I may, I too would like to challenge Dr. Goodman's assertion about the English cases. I have no way to document myself on the issue, so therefore I will let it rest, but I really strongly challenge so many years of waiting. I cannot correct the record because I am not in a position to do so.

If you want to challenge somebody, I think you might do well not to go to the Minister. She is very busy doing a lot of other things. You could go to the National Anti-Poverty League or the Coalition of Consumers, and they will give you lists of people who are fearful and who are frustrated.

Dr. Charbonneau: My challenge was not to people who were fearful but to documented cases where the reality of lack of access exists.

Mrs. Killens: Yes.

The Chairman: Order, please. Dr. Charbonneau, between 3.30 p.m. and 6 p.m. this afternoon, we will be hearing groups such as those Madam Killens is talking about. Perhaps if you are able to stay around for some of the afternoon, you will hear some of the other stories from the Friends of Medicare in Alberta, from the health coalition people from Ontario and Nova Scotia.

That is just an aside, but as you have been informed, we have heard a lot of people on the other side, and they do not just talk about one or two cases; they talk about a number of instances. Of course, we always can argue and debate about what is a significant number and what is a significant percentage. We can always do that. But with respect, I do not think either the Minister or yourselves should rest your case on one particular case at Mount Sinai Hospital.

Madam Killens, carry on.

Mrs. Killens: Yes, may I wrap it up, please, *monsieur le président*?

All right, since we have a lot of doctors—that has been established—what we are dealing with is lack of physical space. That is your point and I understood that very clearly. We are looking for physical space; we have doctors. I fail to see how more money in a doctor's pocket will give me more beds. That I fail to see. My logic is very, very simple, but I fail to see how more money in a doctor's pocket is going to give me more beds. I do know you said you are not allowed to opt out.

[Traduction]

sans avoir été mis pleinement au courant et sans avoir les moyens de payer.

J'aimerais ici aujourd'hui dans cette salle lancer un défi à Mme Bégin: pour chaque cas bien documenté d'une personne qui n'a pas eu accès aux services d'un médecin parce qu'elle n'avait pas les moyens de payer, je lui en fournirai 100 pour défendre mon point de vue.

Le président: Madame Killens.

Mme Killens: Si vous permettez, j'aimerais, moi aussi, contester l'affirmation du Dr Goodman au sujet des cas britanniques. Je ne vois pas comment je pourrais me documenter là-dessus, c'est pourquoi je vais laisser la question de côté, mais je mets vraiment en question cette histoire d'attente aussi longue. Je ne puis cependant malheureusement pas corriger les choses, car je ne dispose pas des renseignements nécessaires.

Si vous voulez lancer un défi à quelqu'un, je ne vous conseillerai pas d'aller vous adresser au ministre. Elle est très occupée avec tout un tas d'autres choses. Mais vous pourriez vous adresser à l'Organisation nationale d'anti-pauvreté ou à la Coalition des consommateurs, qui pourraient vous fournir des listes de personnes qui ont peur et qui sont frustrées.

Dr Charbonneau: Ma question ne portait pas sur les gens qui ont peur, mais sur les cas documentés de difficulté réelle d'accès.

Mme Killens: Oui.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Docteur Charbonneau, nous allons entendre cet après-midi, entre 15h30 et 18 heures, des représentants de groupes comme ceux auxquels fait allusion Mme Killens. S'il vous était possible de rester avec nous pour au moins une partie de l'après-midi, vous pourriez entendre les histoires qu'auront à nous raconter les *Friends of Medicare*, de l'Alberta, la Coalition de la santé de l'Ontario et la Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse.

Je vous dis cela en aparté, mais comme on vous l'a dit, nous avons entendu beaucoup de gens qui ont épousé le point de vue contraire, et ils ne parlent pas seulement d'un ou deux cas, ils nous fournissent tout un tas d'exemples. Bien sûr, nous pourrions discuter de ce qui constitue un nombre ou un pourcentage significatif. C'est toujours possible. Mais je dois dire, sans vouloir vous offenser, que selon moi ni le ministre ni vous-même ne devraient s'arrêter sur un cas particulier survenu à l'hôpital du Mont Sinai.

Poursuivez, madame Killens.

Mme Killens: Puis-je terminer, *Mr. Chairman*?

D'accord. Puisqu'on a un grand nombre de médecins—cela a été prouvé—le problème est un manque d'espace physique. C'est ce que vous avez dit, et je vous ai très bien compris. Nous cherchons davantage d'espace; nous avons les médecins. Mais je ne vois pas du tout comment le fait de mettre davantage d'argent dans la poche des médecins va multiplier le nombre lits. Je ne vous suis vraiment pas. Ma logique est très, très simple, mais je ne vois pas comment l'enrichissement des

[Text]

Of course, Bill C-3 does not touch that at all. Any one of you who wishes to opt out is welcome to it; it will not stop you from opting out.

Now, the law is likely going to be passed at any rate, and the question I ask all of you is: How in the world are you going to live with your frustration after the law is passed? It is going to be passed; with some amendments, I grant you, with some minor amendments.

Dr. Goodman: I thought we had already answered that question, madam. We will either stay opted out of the system without reimbursement to our patrons, who will then unfortunately turn out to be the second tier, as I mentioned to Mr. Epp, or as some of us have done, we will seek warmer climes to the south.

That is not a threat. I wrote an article as long as four years ago on emigration of doctors to the U.S. In the last year for which I had records—I think it was 1978—there were some 800 who left that year. If you believe the reports in the papers of the last few days here, it is now over 1,000 a year. That is not a threat; that is simply a consequence of perceptions. The perceptions may be wrong, but they are perceptions nonetheless; and since we live in a relatively free society, if we find we cannot live under the existing system, whether it is the financial constraints—which are really secondary whether you believe it or not—or the professional constraints, we simply vote with our feet, as people have done sine time immemorial.

Mr. G. Smith: Mr. Chairman, if I might address the first question asked by Madam Killens, the matter of putting more dollars into doctors' pockets will not address the physical needs or the physical plant that is available to serve people in this nation. That is quite true; it will not, perhaps. But neither will taking that dollar away from them improve that small facility which is not sufficient to accommodate the needs of the public.

• 1330

This is our main criticism of the Canada Health Act: it zeroes in on the physicians' incomes and the way they bill in their practices as the chief culprit responsible for the erosion of medicare. We have said all along that it is the funding at the institutional level where the shortages turn up and where the erosion is occurring.

I agree with you that more money in a physician's pocket is not going to increase the size of a hospital or improve availability, but I submit also that taking it away from them is not going to do it either.

The Chairman: Thank you.

I think Dr. Hudecki has a question.

[Translation]

médecins va nous donner davantage de lits. Je sais que vous avez dit que vous n'avez pas le droit de vous déconventionner. Le projet de loi C-3 ne touche pas du tout à cette question. Quiconque parmi vous souhaite se désengager pourra le faire; cette loi ne vous en empêchera pas.

La loi va vraisemblablement être adoptée de toute façon, et la question que j'aimerais vous poser à tous est la suivante: comment allez-vous faire pour supporter vos frustrations une fois la loi adoptée? Elle le sera, même si des amendements mineurs lui sont apportés.

Dr Goodman: Je pensais que nous avions déjà répondu à cette question, madame. Ou nous resterons déconventionnés, auquel cas nos patients ne seront pas remboursés, et ils s'adresseront au deuxième palier, comme je l'ai dit à M. Epp, ou nous irons au Sud, où il fait meilleur, comme bon nombre d'entre nous l'ont déjà fait.

Il ne s'agit pas là d'une menace. Il y a déjà quatre ans, je publiais un article sur l'émigration des médecins aux États-Unis. Au cours de la dernière année pour laquelle j'ai compilé des statistiques—je pense que c'était l'année 1978—quelque 800 médecins sont partis. Si vous croyez les rapports publiés ces derniers jours dans les journaux, leur nombre dépasserait maintenant 1,000 par an. Il ne s'agit pas d'une menace: c'est tout simplement la conséquence de perceptions différentes. Ces perceptions ne sont peut-être pas bonnes, mais elles n'en sont pas moins des perceptions. Puisque nous vivons dans une société relativement libre, si nous en arrivons à la conclusion que nous ne pouvons pas vivre dans le cadre du système existant, qu'il s'agisse de restrictions financières—qui sont vraiment secondaires, croyez-le ou non—ou de restrictions professionnelles, nous votons tout simplement avec nos pieds, comme le font des gens de temps immémorial.

M. G. Smith: Monsieur le président, au sujet de la première question de M^{me} Killens, il est peut-être vrai que le fait de mettre davantage d'argent dans les poches des médecins ne règlera pas les problèmes matériels ou les problèmes d'installation qui existent dans ce pays. Mais ce n'est pas non plus en leur retirant ce dollar que vous allez améliorer les petites installations qui ne suffisent pas aux besoins du public.

C'est ce que nous reprochons le plus à la Loi canadienne sur la santé: Elle accuse les revenus des médecins et la façon dont ils facturent leurs clients d'être les principaux responsables de l'érosion du système de soins de santé. Or, nous disons depuis le début que c'est au financement des institutions que sont dus la pénurie et l'érosion.

Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que le fait de mettre davantage d'argent dans la poche des médecins ne va pas augmenter la taille des hôpitaux ni améliorer l'accès aux soins, mais je maintiens que le fait de leur enlever cet argent ne va rien y faire non plus.

Le président: Merci.

Je pense que le Dr Hudecki a une question à vous poser.

[Texte]

Mr. Hudecki: Yes.

First I wanted to bring to the attention of the group here and of the committee that we have a group of physicians and surgeons who are very, very dedicated medical practitioners and who have a record of service to their country. Dr. Goodman has served through a series of changes, and I think each and every one of us has to take into consideration the statements they have made and the experiences they have. I think they are establishing the contact they have with their patients and are looking after their needs. This is something the public has wanted and wanted and will continue to want, but to do it is becoming progressively more difficult.

I think probably the only other statement I can make is that the pattern is changing, though. Now that you have group medicine not as many physicians are giving the type of service that you have accustomed yourself to and the public want. Now group practices are stepping in and that personal touch you have established is being really terribly eroded. People really look at going to their doctor as going to some supermarket and getting this type of treatment and that type of treatment, and I think we are all suffering from that.

The other thing is that all the surveys that come through show that, regardless of your association with them, these very same people are voting for medicare. So, despite the very good care you are having, the proportion of people wanting their bills to be paid by taxes and premiums is very, very high.

I think these are factors that we are facing and are struggling with. It is quite true that the institutional problem you face varies from place to place. I have tried to make some surveys. We are not badly off in Hamilton, but there are other areas that are extremely difficult.

The point I want to question you on is that I am surprised that the opting-out does not give us the professional freedom we wanted. I surveyed all the different provinces and as a matter of fact made a statement of concern. It appeared to me that in practically every province you could opt out and clearly that the patients could collect insurance funds. I understood that in Montreal if you were a non-participating physician then you could not collect but if you opted out you could still collect funds that were covered by the . . .

A Witness: No.

Mr. Hudecki: —insurance fees, and if that is so then I am wrong. This is something to be looked at, but I think that is a point we should stress and aim at: that we still have the right to opt out across the board from one end to the other.

A Witness: Except in Quebec.**An Hon. Member:** Is that so?**The Chairman:** Any final comments?

[Traduction]

M. Hudecki: Oui.

J'aimerais tout d'abord porter à l'attention du groupe ici présent et du Comité que nos médecins et chirurgiens sont des professionnels très dévoués et ont rendu un grand service à leur pays. Le Dr Goodman a continué à assurer ses services au travers de toute une série de changements, et je pense que chacun d'entre nous doit tenir compte des déclarations qu'ils ont faites et de l'expérience qu'ils ont accumulée. Je pense qu'ils établissent des contacts avec leurs patients et qu'ils s'occupent de leurs besoins. C'est quelque chose que le public souhaite depuis toujours et qu'il continuera de souhaiter, mais il devient de plus en plus difficile de le faire.

L'autre déclaration que j'aimerais faire, c'est que le modèle ou le système est en train de changer. Avec l'avènement des cabinets de groupe, il y a moins de médecins qui donnent le genre de services auxquels vous vous êtes habitué et que souhaite avoir le public. Il y a de plus en plus de cabinets à plusieurs médecins, et ce contact personnel que vous avez établi est en train de s'effriter. Les gens perçoivent la visite chez le médecin de la même façon que la visite au supermarché; ils y vont pour obtenir tel ou tel traitement. Je pense que nous souffrons tous de cela.

L'autre chose, c'est que toutes les enquêtes qu'on a vues révèlent que, quel que soit leur rapport avec eux, ces mêmes personnes votent en faveur des régimes de soins de santé. Par conséquent, malgré les très bons soins que vous assurez, le nombre de personnes qui souhaitent que leurs factures soient payées par les impôts et par les primes est extrêmement élevé.

Ce sont tous là des facteurs auxquels nous nous trouvons confrontés et avec lesquels nous devons lutter. Quant au problème des établissements, il est tout à fait vrai qu'il varie d'un endroit à un autre. J'ai essayé d'effectuer un certain nombre d'enquêtes. On n'est pas si mal à Hamilton, mais il y a d'autres régions où la situation est plus difficile.

Le point sur lequel j'aimerais vous interroger c'est qu'à ma grande surprise la possibilité de nous déconventionner ne nous donne pas la liberté professionnelle souhaitée. J'ai mené des enquêtes dans toutes les provinces et j'ai d'ailleurs fait une déclaration au sujet de mes inquiétudes. J'ai découvert que dans pratiquement toutes les provinces il est possible pour les médecins de se déconventionner, et les patients peuvent être remboursés par leur assurance. D'après ce que j'ai compris, si vous êtes un médecin non participant à Montréal, vous ne pouvez pas toucher l'argent, mais si vous vous déconventionnez, vous pouvez toujours toucher les fonds qui étaient couverts par les . . .

Un témoin: Non.

M. Hudecki: . . . les frais d'assurance, et si c'est le cas, alors j'ai tort. C'est un problème que nous devrions examiner, mais je pense que c'est un point que nous devrions souligner et viser: Nous avons toujours le droit de nous déconventionner d'un bout à l'autre du pays.

Une voix: Sauf au Québec.**Une voix:** Vraiment?**Le président:** Y a-t-il d'autres commentaires?

[Text]

Mrs. Killens: In Quebec you can opt out.

Mr. Chairman?

The Chairman: Madam Killens.

Mrs. Killens: In Quebec you can opt out but then there is no state remuneration.

The Chairman: That is right.

Do you have any final comments, Dr. Charbonneau?

Dr. Charbonneau: I do not particularly feel a need to respond to Dr. Hudecki's comments—only to emphasize, though, as was stated by madam just now, that the problem in Quebec of course is that the punitive action was really taken against the patients who had made a decision to visit a doctor who had opted out, and that to me is rather reprehensible.

The Chairman: Dr. Schroder, do you have a question?

Mr. Schroder: Mr. Chairman, I would just like to make a few comments.

I am very pleased that you took the time to come and see us today.

I would say that all of the witnesses we have had to date have started their testimony by saying there is no question we have the best health care system in the world in Canada. We will say the highest percentage of them said that they support medicare. Dr. Hall has indicated that he feels, and many of our witnesses feel, there is an erosion in the system.

• 1335

This Bill is only trying to preserve what we think is the best health care system in the world. We also realize there is a lot of imperfection in the health care delivery system, which this Bill does not address and did not intend to address. We look upon this as a two-phase system of attack. The first phase is to preserve what we have. Whether you agree or do not agree with the Bill as it stands, we feel the greatest attack on the system is extra-billing and user fees or, in general, let us say user charges. We can debate whether it is a large amount or a small amount. The point is it is a hole in the boat, as was suggested this morning. We have got to do something to preserve the whole.

The direction the boat is going to go is the second phase we have to look at. This is a very delicate relationship between the provinces and the federal government. We have had testimony to tell us that we should not have anything to say about the delivery of the services. We feel there should be some national goals, as far as the country is concerned. We are trying to attain those goals.

But all I would ask you to do is to think about the future of health care delivery in this country. I understand that we have

[Translation]

Mme Killens: Au Québec, il est possible de se déconventionner.

Monsieur le président?

Le président: Madame Killens.

Mme Killens: Au Québec, les médecins peuvent se déconventionner, mais il n'y a pas de rémunération versée par l'État.

Le président: C'est exact.

Auriez-vous une dernière remarque à faire, docteur Charbonneau?

Dr Charbonneau: Je n'éprouve pas vraiment le besoin de répondre aux commentaires du Dr Hudecki, sauf pour souligner, comme vient de le déclarer madame, que le problème au Québec, c'est que ceux qui sont punis sont les patients qui décident de consulter un médecin déconventionné, et cela est tout à fait condamnable à mon sens.

Le président: Docteur Schroder, avez-vous une question?

M. Schroder: Monsieur le président, j'aimerais tout simplement faire quelques remarques.

Je suis très heureux que vous ayez pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui.

J'aimerais dire, par ailleurs, que jusqu'à ce jour, tous les témoins ont commencé leur exposé en disant que selon eux il n'y avait aucun doute que le Canada a le meilleur système de soins de santé au monde. Disons que le plus grand nombre se sont déclarés en faveur du système d'assurance-santé. M. le juge Hall a indiqué, comme l'ont fait bon nombre de nos témoins, qu'il est d'avis que le système est en train de se détériorer.

L'objet de ce projet de loi ne vise qu'à conserver ce que nous jugeons être le meilleur système d'assurance-santé au monde. Cependant, nous nous rendons compte que ce même système d'assurance-santé a beaucoup de lacunes que ce projet de loi n'aborde pas et n'est pas censé aborder. Pour nous, il s'agit d'un processus en deux étapes. La première étape consiste à conserver ce que nous avons déjà établi. Que vous soyez d'accord ou non sur les principes du projet de loi tels qu'ils sont formulés à l'heure actuelle, pour nous, les plus graves menaces actuellement sont la surfacturation et les frais modérateurs ou, d'une façon générale les frais modérateurs. L'importance du problème est certainement discutable. Il importe de reconnaître que c'est tout de même un trou dans le bateau, comme on l'a dit ce matin. Nous devons faire prendre des mesures pour conserver l'intégrité du système.

Evidemment, au cours de la deuxième étape, nous devons essayer de déterminer l'orientation du bateau. Cela concernera le rapport très délicat entre les provinces et le gouvernement fédéral. Certains témoins prétendent que la prestation de service ne relève nullement de nous. Mais nous sommes d'avis qu'il faudrait fixer des objectifs nationaux applicables à l'ensemble du pays. Nous aimerions réaliser ces objectifs.

Je vous demanderai simplement de réfléchir à l'avenir du système d'assurance-santé dans ce pays. Je sais que nous

[Texte]

a basic philosophical difference here and I think that is going to take a lot of time to resolve. But, as my colleagues have said, there is no question, at least I think there is no question, but what this act is going to pass. We have all-party agreement that this bill is going to pass and you are going to have to live with it as it exists. But I would hope that you, along with us and the provinces, in the second phase, would be prepared to look at what needs to be done to make some of the changes in the health care system, which may end up with more beds for certain things and less beds for other things, which may help us to concentrate on preventive medicine and health promotion, all these things.

This subject never came up in our discussion, but I would believe, listening to you and recognizing the dedication you have to the medical profession, that these would be things you would like to see happen. All I can say is I hope that in the spirit of co-operation, we can see the next phase after this Act, where we can sit down with all the health care providers and get a system that is in truth the finest medical care system in the world.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Final comments, Doctors? Dr. Goodman.

Dr. Goodman: There is an old political maxim that a country gets the kind of government it deserves. It will also get the kind of medical care it deserves.

The Chairman: If there are no other comments, on behalf of the committee I would like to thank you very much again for coming here today and giving us the benefit of your long experience.

We will adjourn until 3.30 p.m.

AFTERNOON SITTING

• 1540

The Chairman: Order, please. I will ask the witnesses from the two coalitions and the Friends of Medicare to come forward, please.

We are very pleased to have with us this afternoon in this continuation of hearings on Bill C-3, the Canada Health Act, members of three coalition groups; The Friends of Medicare from Alberta, the Ontario Health Coalition and the Health Coalition of Nova Scotia.

I understand that Miss Nancy Kotani from Alberta will introduce the others at the table and that the Health Coalition of Nova Scotia will speak first. Miss Kotani.

Miss Nancy Kotani (Co-ordinator, Alberta Society for the Friends of Medicare): Thank you, Mr. Chairman.

In introducing the other members of the panel, I would like to start with Pat Jamieson from the Health Coalition of Nova Scotia. Also with us is Edith Johnston, who is a Director of the Ontario Health Coalition and the designated delegate from the

[Traduction]

n'avons pas les mêmes idées là-dessus, c'est un problème qui nous prendra du temps. Mais comme mes collègues l'ont dit, je crois qu'il n'y a pas de doute que ce projet de loi sera adopté. Les trois partis sont d'accord pour qu'il le soit et vous devrez vous en accommoder dans sa forme actuelle. Mais j'espère que vous, ainsi que les provinces, serez prêts au moment de la deuxième étape, à examiner les modifications à apporter au système d'assurance-santé pour nous permettre d'avoir davantage de lits dans certains services et moins de lits dans d'autres, de concentrer nos efforts sur la médecine préventive et la promotion de la santé et d'autres questions importantes.

Même si nous n'en n'avons pas parlé pendant notre discussion, j'ai l'impression, après vous avoir écouté et puisque je reconnais votre dévouement à la profession médicale, que ce sont des objectifs que vous souhaitez voir se réaliser un jour. Je peux vous dire tout simplement que j'espère que nous pourrions collaborer pendant la deuxième étape du processus, lorsqu'il faudra que tous ceux qui fournissent les services collaborent pour essayer de créer un système qui soit vraiment le meilleur au monde.

Merci, monsieur le président.

Le président: Avez-vous quelque chose à ajouter, messieurs? Monsieur Goodman.

Dr Goodman: Il y a une vieille maxime politique selon laquelle un pays a le genre de gouvernement qu'il mérite. Eh bien, il aura également le genre de soins médicaux qu'il mérite.

Le président: Si personne d'autre ne veut ajouter quelque chose, au nom des membres du Comité, je voudrais vous remercier encore une fois d'être venus comparaître devant nous et de nous avoir fait profiter de votre longue expérience.

La séance est levée jusqu'à 15h30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je vais demander donc aux témoins des deux coalitions et de *the Friends of Medicare* de s'avancer.

Nous sommes heureux de vous avoir aujourd'hui parmi nous pour la reprise des audiences portant sur le projet de loi C-3, la loi canadienne sur la santé; nous avons donc les *Friends of Medicare* d'Alberta, la Coalition de la santé de l'Ontario et la Coalition de la santé de Nouvelle-Écosse.

Si je ne me trompe, mademoiselle Nancy Kotani d'Alberta va présenter les personnes qui sont à la table, et ce sera la Coalition de la santé de Nouvelle-Écosse qui prendra d'abord la parole. Mademoiselle Kotani.

Mlle Nancy Kotani (coordinatrice, Alberta Society for the Friends of Medicare): Merci, monsieur le président.

J'ai avec moi tout d'abord Pat Jamieson de la Coalition de la santé de Nouvelle-Écosse, Edith Johnston, directrice de la Coalition de la santé de l'Ontario, et le délégué désigné du vice-président des travailleurs retraités des travailleurs unis de

[Text]

UAW Canada Retired Workers' vice-president; and Michele Hardind, who is the Executive Director of the Ontario Health Coalition. My name is Nancy Kotani and I am the Co-ordinator of the Alberta Society for the Friends of Medicare. With us too is Karin Olson, who is the Assistant Co-ordinator for the Friends of Medicare in Alberta.

We would like to start off with a presentation from Pat Jamieson.

Mr. Patrick Jamieson (Health Coalition of Nova Scotia): I believe everyone has a copy of our brief. What I thought I would do is summarize the sections which only require summarizing and focus on certain other sections.

First, I would like to say that we welcome this opportunity to be present here today. We are a health coalition that has a number of regional branches, such as the region of Cape Breton, where I come from. We call these autonomous branches. They have their own structure, but are federated, in a sense, with the provincial group.

Personally, I work for a church health council in Cape Breton region. Our most recent effort, in the history of the Nova Scotia Health Coalition, was to organize 10 public forums during November and December in eight communities throughout Nova Scotia. These were on the future directions of health care and on the Canada Health Act.

• 1545

This presentation contains reflections on what was revealed through that process, what we heard in the deliberations, and what the people of Nova Scotia who came to our public forums felt the future of the health care system should contain.

Basically, the Nova Scotia Health Coalition believes that health is a right, according to the World Health Organization principles, and that medicare was established to remove barriers to health care, especially financial barriers, for all Canadians but particularly to low-income Canadians—and I take that as a quote from the original Royal Commission report.

Moving on to page 2, just to summarize, we see that the major achievements of medicare are improved accessibility, especially for the low income; second, a gradual broadening of the whole range of services; third, reduced financial burdens, due to portability—I am just summarizing these points; fourth, that there has been a gradual openness and acceptance to the whole idea of consumer-sponsored health care programs, particularly health care clinics. A fifth achievement is our relatively cost-effective health care system with proven cost containment of the gross provincial expenditures. For example, figures we have from the provincial Liberal finance critic say that 1969-1970, 28.9% of the expenditure was on health, and presently, in 1983-1984, it is anticipated it would be 24.5%. So

[Translation]

l'automobile du Canada; ensuite Michele Hardind, directrice administrative de la Coalition de la santé de l'Ontario. Je m'appelle Nancy Kotani et je suis coordinatrice pour l'*Alberta Society for the Friends of Medicare*. Il y a aussi Karin Olson qui nous accompagne, et qui est coordinatrice adjointe pour *the Friends of Medicare in Alberta*.

Nous aimerions donc commencer par un exposé de Pat Jamieson.

M. Patrick Jamieson (Coalition de la santé de Nouvelle-Écosse): Je crois que tout le monde a un exemplaire de notre mémoire. Je pensais que j'aimerais résumer les paragraphes qui demandent simplement à être résumés pour ensuite me concentrer sur certains autres aspects du mémoire.

Tout d'abord, je dois dire que nous sommes heureux de pouvoir comparaître aujourd'hui. Nous sommes une coalition de la santé qui comprend un certain nombre de divisions régionales, comme celle du Cap-Breton dont je viens moi-même. Nous les appelons branches autonomes. Elles ont leur propre structure, mais sont fédérées, dans un sens, à l'intérieur du groupe provincial.

Personnellement, je travaille pour un conseil de la santé au sein d'une église dans la région de Cap-Breton. Notre initiative la plus récente, dans l'histoire de la Coalition de la santé de Nouvelle-Écosse, a été d'organiser 10 réunions publiques au cours des mois de novembre et décembre dans huit localités disséminées à travers la Nouvelle-Écosse. Ces réunions portaient sur les orientations de notre système médico-hospitalier et sur la loi canadienne sur la santé.

Dans notre exposé nous avons présenté un certain nombre de réflexions qui reprennent ce qui a pu ressortir de ces délibérations, et ce que donc le public de Nouvelle-Écosse présent à nos réunions attend du système médico-hospitalier à venir.

Pour l'essentiel, la coalition de la santé de Nouvelle-Écosse estime que la santé est un droit, conformément notamment au principe de l'Organisation mondiale de la santé, et que notre système d'assurance médicale a été précisément créé pour se débarrasser de certaines barrières, notamment financières, afin que les Canadiens et notamment les Canadiens les plus modestes aient accès aux soins; j'emprunte ce que je viens de dire au rapport de la première commission royale d'enquête sur la question.

Je passe à la page 2, et je résume; nous voyons que les résultats essentiels obtenus dans le domaine médico-hospitalier peuvent s'énumérer ainsi: amélioration en matière d'accessibilité, et tout spécialement pour les plus déshérités; deuxièmement, élargissement progressif de la gamme de services disponibles; troisièmement, réduction des charges financières, grâce au principe de la transférabilité—je ne fais que résumer; quatrièmement, ouverture progressive et acceptation de l'idée de programmes de soins gérés par les consommateurs, grâce notamment au système des dispensaires. Un cinquième résultat positif est celui d'une santé relativement efficace du point de vue économique, qui a permis de maintenir au même niveau les dépenses brutes des provinces dans ce secteur. C'est ainsi, par

[Texte]

there has been that kind of containment. The sixth achievement we see is that it provides an important model for other social programs.

Moving on to the second section of the brief, since 1977 and the EPF—Established Program Financing... arrangements, we see it resulting in a loss of accountability inherent in the prior matched funding formula. This is resulting in distressing actions across the country. We see these actions as new and increased user fees; a denial of health care coverage to those behind in their premium payment; increasing rates of extra-billing, and little or nothing being done about it. Fourth, we see this move towards re-privatization with at least one major management company making great inroads into this area.

In Nova Scotia we are particularly concerned with financial threats to accessibility, specifically user fees and extra-billing. Under user fees, the Nova Scotia Premier's July 29, 1983, announcement that there would be no user fees in Nova Scotia as long as he is Premier, we saw that as an important short-term measure, but in our opinion it does nothing to ensure accessibility to health services for all Nova Scotians on a long-term basis. The only real solution to this, in our opinion, is both federal and provincial legislation.

In terms of extra-billing—and I refer to page 4 of the brief here—the Premier's announcement, we feel, did nothing to deal with this threat to accessibility. While it is true that extra-billing, as the percentage of the total fee for service, has been between 2% and 3% since 1969, the following things are also true. The dollar value of extra-billing has increased in every year but one during that time. Half of Nova Scotia doctors have been extra-billing at least once since 1973-1974, and the actual number of extra-billing doctors has been increasing since 1977-1978 so that we are at the point of almost 56% in 1982-1983. The percentage of extra-billing doctors varies across the province from about 17% in northern Nova Scotia to about 80%—that was in 1981-1982—in the south shore area in the same year. Different specialties are more likely to extra-bill than others, such as ophthalmologists, obstetricians, gynaecologists and neurologists.

So, in other words, Nova Scotia consumers are increasingly likely to have to pay extra-billing charges. In some regions, in certain specialty areas, this is unavoidable. While almost 88%

[Traduction]

exemple, que les chiffres communiqués par le critique libéral provincial pour les finances indiquent, pour 1969-1970, que 28,9 p. 100 des dépenses étaient consacrés à la santé, alors que pour l'exercice 1983-1984 on prévoit un chiffre de 24,5 p. 100. On peut donc véritablement parler d'endiguement des dépenses. Le sixième résultat positif est que ce système sert de modèle pour toute une série d'autres programmes sociaux.

Pour passer à la deuxième partie de notre mémoire, depuis 1977 et le F.P.E.—le financement des programmes établis— nous constatons un recul en matière d'imputabilité, par rapport à ce qui existait à l'époque de la formule du financement partagé à égalité. Cela se traduit par des réactions anarchiques dans l'ensemble du pays. Nous voyons s'instaurer par exemple la pratique de frais modérateurs que l'on augmente ensuite; on refuse par ailleurs les soins à des personnes qui sont en retard dans le versement de leurs primes; le tarif de la surfacturation augmente, sans que quoi que ce soit—sinon très peu de choses—soit fait contre cela. Quatrièmement, nous constatons une tendance au retour à la privatisation, avec notamment des innovations en la matière de la part d'une grande société de gestion.

En Nouvelle-Écosse, nous sommes particulièrement préoccupés par les menaces de nature financière qui pèsent sur l'accessibilité, notamment en raison de l'instauration de frais modérateurs et de surfacturation. En ce qui concerne les frais modérateurs, le premier ministre de Nouvelle-Écosse a déclaré publiquement le 29 juillet 1983, que cette pratique serait bannie en Nouvelle-Écosse aussi longtemps qu'il serait à son poste, mesure de court terme sans doute non négligeable, mais qui ne garantit pas à long terme que tous les habitants de Nouvelle-Écosse auront droit aux services de santé. La seule réponse réaliste à ce problème, à notre avis, est à chercher du côté d'une loi, aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau provincial.

En ce qui concerne la surfacturation—et je me reporte à la page 4 de notre mémoire—la déclaration du premier ministre, pour nous, ne répond pas à la question de la menace qui pose sur l'accessibilité. Il est vrai qu'en terme de pourcentage, et depuis 1969, la surfacturation ne représente que 2 à 3 p. 100 du coût total du service, toutefois un certain nombre de choses doivent être signalées à cet égard. D'une part la valeur absolue de la surfacturation s'est accrue chaque année, sauf une, depuis cette date. Par ailleurs la moitié des médecins de Nouvelle-Écosse ont pratiqué la surfacturation au moins une fois depuis 1973-1974, et le nombre de médecins recourant à la surfacturation s'est accru depuis 1977-1978 au point que nous en sommes pour 1982-1983 à un pourcentage proche de 56 p. 100. Le nombre de médecins recourant à la surfacturation varie d'une région de la province à l'autre, pour passer de 17 p. 100 dans le Nord à environ 80 p. 100 sur la côte Sud de la province, pour l'année 1981-1982. Par ailleurs, certaines spécialités sont plus promptes à recourir à la surfacturation que d'autres, tels les ophtalmologistes, les obstétriciens, les gynécologues et les neurologues.

Autrement dit, les consommateurs de soins de Nouvelle-Écosse risquent d'avoir de plus en plus à payer des frais de surfacturation. Dans certaines régions, et dans certaines

[Text]

of Nova Scotians saw a doctor in 1982-1983, this figure does not indicate the impact of extra-billing on different groups of people in that province, especially low, and fixed, and moderate-income people.

• 1550

In other words, what we are saying is that extra-billing is sort of a classic example of what has been generally called "erosion"; that is, it is getting worse and worse.

I assume you are familiar with the conclusions of various studies done across the country that showed extra-billing prevents low-income people from obtaining medical services. While we have not done such impact research studies in Nova Scotia, the LeHave Red Cross Branch has found in its research in Lunenburg County, that extra-billing costs, along with travel and drug costs, are a major burden for low-income people. We are hearing more and more of situations in which people are being asked by receptionists to pay an extra-billing charge without any thought being given to the person's circumstances, or even in many cases, without any advance notice being given to the patient.

We have three examples of this growing number of problems.

Example 1: one woman on social assistance in Halifax was charged \$300 by an obstetrician for the delivery of her child. The second example—and we just hold these up as typical—an older woman on an old age pension in Lunenburg County was forced to go to a doctor's office three times a week to pay extra-billing charges for each visit in order to get a prescription renewed. The third example: One woman in Cape Breton, having difficulty with her pregnancy, was referred by her doctor to see a specialist in Halifax, and this resulted in her having to leave a job, plus the travel costs, plus facing extensive extra-billing charges. When these situations happen, many people think twice about obtaining medical care.

For example, to back that up, the Canada West Survey which was commissioned by Health and Welfare in 1983, found that 65% of Nova Scotians said that \$10 user fee would have a great or moderate impact on their budget; 71% of Nova Scotia said they would delay obtaining care because of a \$10 user fee; 68% of Nova Scotians said they would start to look around for another physician. Nationally, the figure was 76%.

In the future, the basic question for us then is not whether we can afford to continue to operate a universal prepaid medicare system; the question is whether we can afford to continue with the same present structure and orientation of our health care system with its emphasis on physician and

[Translation]

spécialités, il semble bien que cela soit inévitable. Quatre-vingt-huit pour cent des habitants de Nouvelle-Écosse ont consulté un médecin en 1982-1983, ce chiffre ne dit rien toutefois des répercussions de la surfacturation sur les comportements des différents groupes de la population, et notamment ceux dont le revenu est fixe et bas.

Autrement dit, nous disons que la surfacturation est ce type d'exemple classique de ce que l'on désigne sous le terme de «dégradation»; c'est-à-dire que la situation se détériore au fil du temps.

Je pense que vous connaissez les conclusions de diverses études qui ont été faites d'est en ouest, montrant toutes que la surfacturation empêche les plus déshérités à avoir accès aux services de santé. Nous n'avons pas fait d'étude d'impact de ce genre pour la Nouvelle-Écosse, mais la section de la Croix Rouge Lehave a constaté dans une étude portant sur le comté de Lunenburg que la surfacturation, en même temps que les frais de déplacement et le coût des médicaments, représentent une charge financière très lourde pour les revenus modestes. Nous entendons parler de plus en plus de situations où l'on demande des frais de surfacturation aux patients, sans égard à leur situation, et dans certains cas sans aucun préavis.

Nous avons trois exemples de ce genre à vous citer.

Exemple n° 1: une femme vivant de l'assistance sociale à Halifax a dû payer 300\$ à un obstétricien pour son accouchement. Deuxième exemple—nous ne vous les citons que parce qu'ils sont caractéristiques—cette fois-ci il s'agit d'une femme âgée percevant la pension de vieillesse dans le comté de Lunenburg, qui a été contrainte de consulter un médecin trois fois par semaine et de payer à chaque fois des frais de surfacturation pour simple renouvellement d'une ordonnance. Troisième exemple: une femme de Cap-Breton, dont la grossesse se déroulait de façon anormale, a été envoyée par son médecin à un spécialiste de Halifax, ce qui a fait qu'elle a perdu son emploi, qu'elle a eu à assumer des frais de déplacement et de surfacturation très lourds. Voilà donc un certain nombre de cas qui feraient réfléchir deux fois les personnes concernées avant de consulter.

Pour étayer un peu mon argumentation je me reporterai à l'étude intitulée *Canada West Survey*, qui a été faite pour le ministère de la Santé en 1983, et où l'on constate que 65 p. 100 des habitants de Nouvelle-Écosse ont déclaré que 10\$ de frais modérateurs auraient des répercussions modérées dans certains cas ou importantes dans d'autres pour le budget; 71 p. 100 des personnes interrogées ont déclaré que 10\$ de frais modérateurs les amèneraient à retarder le moment où elles consulteraient; 68 p. 100 des personnes interrogées ont déclaré qu'elles chercheraient un autre médecin. Pour l'ensemble du pays ce chiffre était de 76 p. 100.

La question essentielle qui se pose en matière d'avenir, pour nous, est de savoir si nous pouvons continuer à fonctionner à l'intérieur d'un système médico-hospitalier universel où les frais sont payés d'avance; la question est de savoir si nous pouvons continuer à maintenir la structure et l'orientation

[Texte]

hospital acute care services. Even as long ago as 1970, a federal-provincial committee on the cost of health services recommended major revamping of the health care system before Canadians should be asked to pay additional money for maintaining or improving existing standards.

We have listed some major reasons why we think this major restructuring or reorientation is needed. They are there. I will just touch on them. One is the pressure on the system due to an aging population. In Nova Scotia, in 1971, 7.4% Nova Scotians were 65 and over; in 1981, this increased to 10.9%. So if you extrapolate...

Secondly, there is a need for alternatives to hospitals. Hospitals are not the best place to offer a number of services that they do presently offer. The Nova Scotia Council of Health suggested in 1972 that if appropriate alternatives were developed, 30% of hospital patients in Nova Scotia could be treated effectively elsewhere at less cost generally.

Thirdly, pressure, pushing towards restructuring, is the over-supply of doctors. The supply of doctors per thousand has increased dramatically over the last two decades. In Nova Scotia, the population per active urban physician, including interns and residents, went from 1,044 in 1961 to 539 in 1980. As Justice Hall expressed, if such a trend continues, shortly we may be unable to support an increasing number of physicians who would be looking for the same level of income that physicians in an area with a much higher ratio physician to population would be receiving.

The fourth is the major imbalances in the distribution of the system itself of health services. There are major distributions between regions, between provinces, and also within provinces. In Nova Scotia, for example, an estimated 250 people from Cape Breton on any given day are travelling to the Halifax-Dartmouth area for special services.

• 1555

There is a requirement for more participation by consumers and nonmedical health workers in the whole policy direction.

Sixth: The costs of environmentally-induced diseases are staggering, so there needs to be a reorientation to focus on this sort of problem.

At this point I would like to look at our overall comments on the Canada Health Act. Basically we feel there is a need to prevent further erosion, and we need to move in the direction of reorienting and restructuring the system. The strengths we see in the Canada Health Act that we applaud are: The development of health care policy objectives and its clear

[Traduction]

actuelle de notre santé, où l'on met surtout l'accent sur le médecin et sur les services hospitaliers de courte durée. Si nous remontons à 1970, un comité fédéral-provincial sur les coûts des services de santé a recommandé une refonte fondamentale de l'ensemble du système, avant que l'on ne demande aux Canadiens de contribuer eux-mêmes en plus au maintien ou à l'amélioration des services.

Nous avons fait la liste d'un certain nombre de raisons importantes pour lesquelles nous pensons que cette restructuration, ou cette réorientation, est nécessaire. Cette liste est dans l'exposé. Je ne vais qu'aborder ces éléments. D'un côté il y a le fardeau imposé au système en raison du vieillissement de la population. En Nouvelle-Écosse, en 1971, 7,4 p. 100 des habitants avaient 65 ans ou plus; en 1981 ce pourcentage est passé à 10,9 p. 100. Si vous faites une extrapolation...

Deuxièmement, nous avons besoin de solutions de substitution à l'hôpital. En effet, pour toute une série de services, il y aurait des solutions préférables à celles de l'hôpital. Le Conseil de la santé de Nouvelle-Écosse, en 1972, a montré que 30 p. 100 des clients des hôpitaux de Nouvelle-Écosse pouvaient être traités de façon efficace ailleurs, et à moindre coût, si l'on mettait en place des solutions de remplacement appropriées.

Troisièmement, la pléthore de médecins est également un argument qui milite en faveur de la restructuration. Le nombre de médecins par 1,000 habitants s'est accru de façon radicale depuis deux décennies. Pour la Nouvelle-Écosse, le nombre d'habitant par médecin exerçant en milieu citadin, y compris internes et résidents, est passé de 1,044 en 1961 à 539 en 1980. Comme l'a dit M. le juge Hall, si cette tendance se confirme, nous serons très bientôt incapables de faire vivre ce nombre croissant de médecins, dont chacun cherchera certainement à avoir un revenu égal à celui des médecins exerçant dans une région où le chiffre de la population par médecin est beaucoup plus élevé.

Le quatrième déséquilibre le plus important est celui de la répartition des services de santé eux-mêmes. Il y a des disparités entre régions, entre provinces, et également à l'intérieur des provinces. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, on estime qu'il y a chaque jour 250 personnes qui vont de Cap-Breton à la région de Halifax-Dartmouth pour y consulter des spécialistes.

Il importe donc que les utilisateurs, ainsi que les employés extramédicaux du secteur de la santé participent davantage à la gestion de l'ensemble du système.

Sixièmement: les coûts des maladies d'origine environnementale deviennent exorbitants, si bien qu'il est absolument nécessaire de réorienter notre politique pour nous concentrer sur ce genre de questions.

J'aimerais maintenant passer à notre commentaire de la Loi canadienne sur la santé. Fondamentalement, nous pensons qu'il faut d'abord enrayer la dégradation de notre système, et donc envisager une réorientation et une restructuration. Les éléments positifs de cette Loi canadienne sur la santé nous semblent les suivants: mise en place d'objectifs clairement

[Text]

purpose; that it reaffirms and updates the five basic principles; that it will end extra-billing and user fees; that it is going to develop a noncompliance enforcement mechanism; that it underlines the requirements for reliable and timely information; and that there should be appropriate recognition of the federal contribution.

Then we note the following weaknesses in the Act. There is no statement on the objectives of prevention of physical and mental ill-health; prevention is neglected. Secondly, there is a need for stronger definition of program conditions, and stronger terms of enforcement on the noncompliance mechanism. In it there is no expansion of the range of insured services to include preventative and rehabilitative services. Another weakness is there is no recognition of the importance of public participation in the provision of information and enforcement of program conditions.

The fifth weakness is that no steps are going to be taken to provide a future framework for this reorientation and restructuring we are talking about.

We have 14 recommended changes to the Bill. I think since these are detailed, I will refer you to page 8 and we could look at each of these. The first change we would see is that the phrase "to prevent physical and mental ill-health" be added to the primary objective of the Canadian health care policy.

Secondly, in defining insured health services, the definition should be rephrased as "services which promote, conserve and restore health, prevent illness, injury and disability, and provide supportive care when health is deteriorating". Examples of such services would include preventative and curative mental health care, extended home care including home health care, basic dental care, prescription drugs, prosthesis and assistive devices. Such an expanded range of insured services for Nova Scotia was generally supported in the submissions to the recent 1983 Provincial Select Committee on Health.

The third recommendation: In defining insured persons the definition should clearly state that this definition is not dependent upon prior pre-payment of health premiums, or any other type of federal and provincial health related tax or levy.

The fourth recommendation: In defining portability, it should be clearly stated that insured services should be provided to insured persons temporarily absent from their province of residence on the same basis as insured residents; that is, without charge.

The fifth recommendation: Expanding the range of authorized providers for insured services to include other appropriate health care practitioners including... besides physicians and dentists—nurses, counsellors, health educators, social workers, psychologists and physiotherapists.

The sixth recommendation: Expand the range of authorized services settings to include work place, schools, community

[Translation]

définis en matière de soins de santé, réaffirmation et mise à jour des cinq principes fondamentaux, suppression de la surfacturation et des frais modérateurs, mise au point de dispositions en cas de non-respect du principe, affirmation de la nécessité d'informer à temps et de façon fiable, et affirmation de l'obligation de reconnaître la contribution fédérale.

Nous y notons par ailleurs un certain nombre de faiblesses. Rien n'est dit en matière d'objectif de prévention, qu'il s'agisse de la maladie physique ou mentale; la question de la prévention reste négligée. Deuxièmement, il faudrait mieux définir les conditions d'application du programme, et adopter des dispositions plus fermes en cas de manquement. On ne prévoit pas non plus une extension de la gamme des services assurés et l'inclusion des services de prévention et de réadaptation. De plus on ne reconnaît pas l'importance de la participation de la population en matière d'information et d'application des dispositions du programme.

La cinquième faiblesse est que l'on ne fera rien pour garantir la réorientation et la restructuration dont nous avons parlé.

Nous avons 14 recommandations de modifications à faire. Étant donné que ce sont des recommandations détaillées, je vous renvoie à la page 8 et nous allons pouvoir les prendre une à une. La première modification serait d'ajouter, à l'article de l'objectif premier, l'expression: «Prévenir la maladie physique et mentale».

Deuxièmement, en ce qui concerne la définition des services de santé assurés, celle-ci devrait être reformulée comme suit: «services destinés à améliorer, conserver et restaurer la santé, prévenir la maladie et l'invalidité, et offrir des soins connexes lorsque l'état de santé se dégrade». Ce genre de services devraient inclure des services de soins mentaux, de prévention et de cure, une assistance à domicile y compris des services de soins, les soins dentaires de base, les médicaments prescrits par ordonnance, les prothèses et appareils. Dans les mémoires qui ont été remis au Comité provincial sur la santé de 1983, on demande en général que ces services soient assurés en Nouvelle-Écosse.

Troisième recommandation: en définissant le terme de personnes assurées, il faudrait très clairement indiquer que la définition n'est pas conditionnelle au versement des primes de santé déjà effectués, ni de tout autre impôt fédéral ou provincial concernant l'assurance-médicale.

Quatrième recommandation: en définissant la transférabilité, il devrait être clairement indiqué que toute personne assurée provisoirement à l'extérieur de sa province de résidence habituelle devrait en bénéficier comme tout résident de la province; c'est-à-dire sans aucune pénalisation.

Cinquième recommandation: étendre la gamme des fournisseurs de soins assurés, pour y inclure certains spécialistes de soins de santé y compris—en dehors des dentistes et des médecins—les infirmières, les conseillers, les éducateurs sanitaires, les travailleurs sociaux, les psychologues et les physiothérapeutes.

Sixième recommandation: augmenter le nombre de postes autorisés à fournir des services, pour pouvoir y inclure certains

[Texte]

centres, community health centres and homes; that is, go beyond the hospital and the physicians' offices.

The seventh recommendation: Require each province to establish a mechanism to ensure reasonable compensation for all authorized providers, and also to address potential remuneration disputes fairly by treating all categories of practitioners equitably.

• 1600

Eighth recommendation: Require federal and provincial governments to develop a policy and a timeframe to address interprovincial and intraprovincial disparities in insured services. We feel this particularly acutely in the Maritimes, I think.

Ninth recommendation: Requiring federal and provincial governments to establish a mechanism that would reimburse the travel costs of people in underserved areas, people in need, especially those who need a particular service on a continuing basis.

I was having lunch in Sydney—just to divert for a minute—and the chap beside me was a retired railway worker. His wife had suffered from cancer for 10 years, and for 10 years he had to take her to Halifax. Of course he had to bear the cost of the travel for 10 years. During that 10 years he met another chap whose wife had travelled for 3 years, so they thought together maybe they could share the costs if they could just get their appointments at the hospital in Halifax at the same time. The hospital would not co-operate to allow them to do that. So he had to bear the... That is the sort of thing we are faced with there.

Tenth recommendation: We feel we should strengthen the discretionary non-compliance mechanism for any alleged non-compliance with basic program conditions. Here we have five steps set out:

1. Require the federal Minister to consult with the relevant provincial Minister over any alleged non-compliance.
2. Recognize public opinion and representations as possible indications of non-compliance.
3. Require a public review process of alleged non-compliance in a given process before consultations between the two levels of government are completed and before the matter is referred to the federal Cabinet.
4. Require the federal Cabinet to take action after an appropriate period of time not exceeding a year after a public review and the federal-provincial consultations have taken place if the non-compliance has not ended.
5. State a clear progression of increased portions of federal payments to be withheld over a period of a year if the non-compliance has not ended.

So those are our reflections on that.

[Traduction]

lieux de travail, les écoles, les centres communautaires, les centres communautaires de santé et les maisons de repos; c'est-à-dire étendre cette liste au-delà du simple hôpital et cabinet de médecins.

Septième recommandation: exiger de chaque province qu'elle prenne des dispositions pour garantir à tous les fournisseurs de soins autorisés des honoraires raisonnables, et qu'en cas de contestation en matière de rémunération la province traite toutes les catégories de fournisseurs de soins de façon équitable.

Huitième recommandation: exiger des gouvernements fédéral et provinciaux qu'ils mettent au point une politique et un calendrier pour régler le problème des disparités interprovinciales et intraprovinciales dans les services assurés. Nous croyons que la situation est particulièrement grave dans les Maritimes.

Neuvième recommandation: exiger des gouvernements fédéral et provinciaux qu'ils mettent en place un mécanisme permettant de rembourser les frais de déplacement des gens dans le besoin qui résident dans des régions mal desservies, surtout ceux qui ont besoin d'un service régulier.

Je fais ici une parenthèse pour vous dire que je déjeunais l'autre jour à Sydney, et le monsieur assis à côté de moi était un cheminot à la retraite. Sa femme avait souffert du cancer pendant dix ans et pendant ces dix années, il avait dû la conduire à Halifax. Il a dû assumer ces frais de transport pendant tout ce temps. Au cours des ces dix années-là, il a rencontré un autre monsieur dont la femme, elle, avait fait le voyage pendant trois ans. Ils ont donc pensé qu'ils pourraient partager les frais s'ils arrivaient à faire coïncider leurs rendez-vous à l'hôpital de Halifax. Malheureusement, l'hôpital a refusé de collaborer. Il a donc dû continuer d'assumer les dépenses seul. Voilà le genre de problème que nous visons ici.

Dixième recommandation: nous croyons qu'on devrait renforcer le mécanisme discrétionnaire utilisé dans les cas où l'on ne respecte pas les conditions de base du régime. Nous avons pensé à cinq étapes différentes que voici:

1. Exiger du ministre fédéral qu'il consulte le ministre provincial concerné en cas de non respect des conditions.
2. Tenir compte de l'opinion publique et des plaintes exprimées pour détecter les cas de non respect.
3. Exiger une étude publique des cas présumés de non respect avant que ne se terminent les consultations entre les deux paliers de gouvernement et que la question ne soit renvoyée au cabinet fédéral.
4. Exiger du cabinet fédéral d'agir après un délai raisonnable qui ne devrait pas dépasser un an une fois l'enquête publique et les consultations fédérales-provinciales ont eu lieu, si l'on continue toujours de ne pas respecter les conditions.
5. Annoncer une augmentation nette de la part du gouvernement fédéral qui sera retenue sur une période d'un an si l'on continue à ne pas respecter les conditions.

Voilà le fruit de nos réflexions.

[Text]

Eleventh recommendation: Strengthen the non-discretionary, non-compliance mechanism that would end extra-billing and user fees. We feel the following process should be adopted:

- (a) A warning to the offending province;
- (b) A public review;
- (c) A complete cut-off of federal funding at the end of the fourth quarterly payment from the time of warning.

Twelfth recommendation: We wish that legislation would consider the placement of any funds withheld in an authorized account for one quarter and then returning them either to the non-complying province upon demonstration of compliance or return that money to other complying provinces to help them expand their range of insured services or develop innovative service delivery. We do not feel the money should just sit or go back into the general revenue; it should be used to develop the system.

Thirteenth recommendation: We would like to see a requirement in the legislation or in the regulations for the development of a national health council. This was recommended by the Canadian Hospital Association and the Consumers' Association of Canada as well. This would consist of representatives from health workers and consumer organizations, and would have three functions: to monitor the operation of medicare, conduct independent research, and recommend needed policy changes.

Fourteenth recommendation: After the passing of the Bill, we recommend the following steps:

1. Immediately after the Bill, the national health council should be established.
2. A national, regional, and provincial consultation process be undertaken to help develop a national framework for this re-orienting and restructuring of the health care system.
3. Existing federal-provincial funding arrangements should be reviewed to provide additional moneys for new directions in health care and to obtain additional funding for the Atlantic provinces to help raise their quality and expand their range of insured services. This was recommended in Justice Hall's recent health services review, page 13.

So those are our recommendations. In conclusion, I would just say that the Health Coalition of Nova Scotia generally supports the proposed Canada Health Act, but we believe it should be further strengthened. While it may not be possible to make all these amendments in the near future, we feel strongly that the proposed Act should be passed and proclaimed as close to April 1 as possible. Once the bill is passed we believe it will be important to proceed with the steps previously outlined to re-orient and restructure the health care system.

We appreciate this opportunity, and extend our best wishes in your deliberations. Thank you.

[Translation]

Onzième recommandation: renforcer le mécanisme non discrétionnaire prévu pour les cas de non respect afin de mettre un terme à la surfacturation et aux frais modérateurs. Voici le processus qu'on devrait suivre:

- a) Avertir la province délinquante;
- b) Tenir une enquête publique;
- c) Retenir tous les fonds fédéraux à la fin du quatrième trimestre écoulé depuis le moment de l'avertissement.

Douzième recommandation: nous souhaitons que la loi prévoit que les fonds retenus soient placés dans un compte autorisé pendant un trimestre, puis qu'ils soient versés soit à la province délinquante si elle fait la preuve qu'elle respecte les conditions, soit aux autres provinces qui, elles, ont respecté les conditions du régime afin de les aider à élargir la gamme des services assurés ou à élaborer des modes innovateurs de services. Nous croyons que l'argent ne devrait pas être simplement retenu ou reversé au trésor public; celui-ci devrait servir à améliorer le système.

Treizième recommandation: nous voudrions que la loi ou les règlements afférents prévoient la création d'un conseil national de la santé. Ce conseil a été recommandé par l'Association des hôpitaux du Canada et l'Association des consommateurs du Canada. Il serait formé de représentants de travailleurs de la santé et d'associations de consommateurs, et aurait trois fonctions principales: contrôler le fonctionnement des régimes d'assurance-santé, mener des recherches indépendantes et recommander les modifications politiques nécessaires.

Quatorzième recommandation: une fois le projet de loi adopté, nous recommandons que les mesures suivantes soient prises:

1. Dès l'adoption, créer le conseil national de la santé.
2. Entreprendre une série de consultations nationales, régionales et provinciales afin d'aider à élaborer un cadre national dans lequel réorienter et restructurer le système des soins.
3. Revoir les accords de financement fédéraux-provinciaux afin que des sommes additionnelles soient versées pour trouver de nouvelles orientations aux soins de santé et pour permettre le versement de fonds supplémentaires aux provinces Maritimes afin de les aider à améliorer la qualité de leurs services assurés et à en élargir la gamme. Cette recommandation figure d'ailleurs dans le rapport qu'a récemment présenté le juge Hall, à la page 13.

Voilà nos recommandations. En terminant, j'ajouterai que la Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse appuie le projet de loi canadien sur la santé dans son ensemble, mais elle croit qu'il devrait être renforcé. Même s'il était impossible d'apporter toutes ces modifications bientôt, nous croyons que le projet de loi devrait être adopté et proclamé le plus près possible du 1^{er} avril. Une fois le projet de loi adopté, il sera important de passer aux autres étapes que je viens de décrire afin de réorienter et de restructurer le système des services de santé.

Nous vous remercions de votre invitation et vous souhaitons bonne chance dans vos travaux. Merci.

[Texte]

• 1605

The Chairman: Thank you very much, Mr. Jamieson. Miss Kotani, what is your pleasure now? Do you want to carry on with your briefs or do you want a bit of questioning on each brief? How would you like us . . .

Miss Kotani: We were proposing, Mr. Chairman, that we would continue with our briefs and then open up for general questions at the conclusion of the presentation.

The Chairman: All right. That is satisfactory. Who goes next?

Miss Kotani: The Ontario Health Coalition.

Miss Edith Johnston (Director, Ontario Health Coalition): Mr. Chairperson and members of the committee, the Ontario Health Coalition appreciates this opportunity to contribute to the refinement of Bill C-3, the Canada Health Act. You all have the Ontario Health Coalition brief and the provision of constructive critique to the Parliamentary Subcommittee on Health, Welfare and Social Affairs.

The coalition represents over 3 million health care consumers in Ontario through 18 organizations; the trade unions, teachers, native peoples, consumers, senior citizens, health practitioner and church organizations and unaffiliated individuals in the social policy and social services fields. The coalition is mandated by its members to monitor, defend and strengthen the Ontario and Canadian public health insurance Medicare system and advocate and promote a socially and economically just and efficient socio-health system and policies and strategies that will evolve such a system.

Our presentation to the committee flows directly from this mandate and addresses both the public health insurance mechanism, Medicare, and the future of our health care system.

The Chairman: Order, please. Miss Johnston, I hesitate to interrupt you, but I would be hoping that perhaps you would be able to summarize your brief and not read all 10 pages into the record, if you could do that in any way. That is what we are used to doing. I know it is more difficult, but we are fairly familiar and perhaps you could try to do that, anyway.

Miss Johnston: That is fine.

Ms Michele Harding (Executive Director, Ontario Health Coalition): Perhaps I will take over and do that for you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you.

Ms Harding: Basically, we would like to sort of reaffirm previous statements, in terms of the erosion of our health system, in terms of physician extra-billing that jeopardizes

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Jamieson. Mademoiselle Kotani, qu'aimeriez-vous faire maintenant? Souhaiteriez-vous poursuivre avec vos mémoires, préféreriez-vous qu'on vous pose quelques questions après chaque mémoire? Aimeriez-vous que nous . . .

Mlle Kotani: Ce que nous allions proposer, monsieur le président, c'est que nous poursuivions avec nos mémoires, après quoi nous pourrions répondre à toutes vos questions.

Le président: Très bien. Cela est tout à fait satisfaisant. C'est à qui maintenant?

Mlle Kotani: Aux représentants de la Coalition de la santé de l'Ontario.

Mlle Edith Johnston (directrice de la Coalition de la santé de l'Ontario): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, la Coalition de la santé de l'Ontario vous est reconnaissante de lui avoir donné l'occasion de contribuer à l'élaboration du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Vous avez tous reçu le texte du mémoire de la Coalition de la santé de l'Ontario, ainsi que la critique constructive que nous avons préparée à l'intention du sous-comité parlementaire de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

La Coalition représente plus de 3 millions de consommateurs de soins de santé ontariens répartis dans 18 organismes. Nous représentons des syndicats, des enseignants, des autochtones, des consommateurs, des personnes âgées, des médecins, des organismes religieux et de simples citoyens qui oeuvrent dans les domaines des politiques et des services sociaux. La coalition a été chargée par ses membres de contrôler, de défendre et de renforcer le système de soins de santé public ontarien et canadien et de préconiser et de promouvoir un système de soins de santé et de services sociaux qui soit efficace et qui soit équitable sur les plans social et économique, et de favoriser le recours à des stratégies qui permettront la mise en place de pareils systèmes.

Le mémoire que nous avons préparé à l'intention du Comité découle directement de ce mandat et s'intéresse aux mécanismes et aux régimes d'assurance-santé et à l'avenir de notre système de soins de santé dans son ensemble.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je m'excuse de vous interrompre, mademoiselle Johnston, mais j'espérais que vous feriez un résumé de votre mémoire, au lieu de nous lire les 10 pages en entier. C'est ce que nous avons l'habitude de faire. Je sais que cela est plus difficile, mais nous connaissons assez bien le sujet et je vous demanderai d'essayer de le faire.

Mlle Johnston: Très bien.

Mme Michele Harding (directrice administrative, Coalition de la santé de l'Ontario): Monsieur le président, je vais prendre la relève et faire cela pour vous.

Le président: Merci.

Mme Harding: En bref, nous aimerions en quelque sorte réaffirmer des déclarations qui ont déjà été faites au sujet de l'érosion de notre système de soins de santé, de la surfactura-

[Text]

reasonable access, in terms of health insurance premiums that jeopardize universality and in terms of portability. We see there is erosion of portability because of vast differences, not only inter-provincially, but also within our provinces, for example, between northern and southern Ontario.

We feel that there is pressure on the concept of non-profit public administration from a number of sectors. We are concerned that this pressure may be successful.

Finally, we are very concerned that, despite having one of the best health care systems in the world, we have not progressed much beyond the cure or the care of illness. We have not a comprehensive health system. We have a medical system. We have not yet adequately evolved strategies that can prevent illness and maximize opportunities for individual and collective health or well-being, the strategies that will both alleviate and cure illness.

The coalition has two expectations of the proposed Canada Health Act. First is the preservation and strengthening of the Medicare mechanism. We conclude that the proposed Canada Health Act is a positive step towards preserving our Medicare principles and resolving some of the immediate threats to the Canada medicare system. We especially applaud and support the initiatives in the Bill which consolidate the medicare legislation and attempt to stem the erosion of our public insurance mechanism by provider extra-billing and user fees.

We are encouraged that all three political parties support the proposed Act and we commit ourselves to pressuring the Government of Ontario, which will take a fair amount of doing, . . .

An Hon. Member: Hear, hear!

Ms Harding: —to enact complementary provincial legislation that will eliminate the barriers to our system and restore access and universality.

Our second expectation relates to the provision of opportunities and incentives for the future evolution of our system by providing a flexible financial framework for insured health services. Regrettably, in this respect, the Act falls short of our expectations. Although necessary and timely, the Act as currently drafted is not sufficient to create a health system that our country needs in the future.

We want to comment, both on the legislation and on where we want to go. We have four or five clauses that we are particularly concerned about. The first is universality, Clause 10. We are pleased that the definition of insured person has been simplified. We are happy that residents of a province will now be considered insured people. We are also pleased that

[Translation]

tion qui menace l'accès raisonnable aux soins de santé, des primes d'assurance-santé qui menacent l'universalité du système et de la transférabilité. Selon nous, cette érosion de la transférabilité est imputable aux très grandes différences qui existent non seulement entre les différentes provinces, mais également au sein d'une même province, et je songe notamment aux différences qui existent entre le nord et le sud de l'Ontario.

Nous avons l'impression qu'un certain nombre de secteurs exercent des pressions à l'encontre de l'administration publique à but non lucratif, et nous craignons que leurs efforts réussissent.

Enfin, bien que nous ayons l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde, nous nous inquiétons de voir que nous n'avons pas beaucoup progressé au-delà des soins et des remèdes pour les maladies. Notre système n'est pas complet. Ce que nous avons est un système médical. Nous n'avons pas encore élaboré de stratégie visant à prévenir les maladies et à maximiser les possibilités individuelles et collectives de bien-être et de santé, c'est-à-dire des stratégies qui permettent d'éliminer les maladies et de guérir les malades.

La Coalition attend deux choses de la Loi canadienne sur la santé. Premièrement, la préservation et le renforcement du régime d'assurance-santé. Nous sommes d'avis que le projet de loi sur la santé au Canada est un pas positif vers la préservation de nos principes en matière d'assurance-santé et vers l'élimination d'un certain nombre de problèmes qui menacent dans l'immédiat le système canadien. Nous applaudissons et nous appuyons tout particulièrement les mesures qui, dans le projet de loi visent à consolider la législation en matière d'assurance-maladie et à stopper l'érosion de nos mécanismes d'assurance publique par la surfacturation et les frais modérateurs.

Nous sommes encouragés par le fait que les trois partis politiques appuient le projet de loi et nous nous engageons à exhorter le gouvernement de l'Ontario . . . ce qui demandera pas mal de travail . . .

Une voix: Bravo!

Mme Harding: . . . à adopter des lois provinciales complémentaires qui élimineraient les barrières dont est entouré notre système et qui rétabliraient l'accès et l'universalité.

La deuxième chose que nous attendons du bill, c'est qu'il prévoit des possibilités et des mesures d'encouragement pour l'évolution future de notre système en mettant en place un cadre financier souple pour les différents services de santé couverts par les assurances. C'est avec regret que nous avons constaté que sur ce plan la loi ne remplit pas nos attentes. Bien qu'il soit nécessaire et à propos, le projet de loi, dans son libellé actuel, n'est pas suffisant pour créer le système de santé dont notre pays aura besoin à l'avenir.

Nous aimerions maintenant faire quelques commentaires au sujet du projet de loi lui-même et des orientations que nous aimerions voir prises. Quatre ou cinq articles nous préoccupent tout particulièrement. Tout d'abord, l'article 10, qui porte sur l'universalité. Nous avons été heureux de constater que la définition de l'«assuré» a été simplifiée. Nous sommes égale-

[Texte]

there is an attempt to ensure universal coverage by requiring the provincial plan to entitle 100% of insured persons. However, we are very concerned that the wording of this clause is open to two interpretations. The first interpretation would require provincial plans to insure 100% of residents. The alternative interpretation, and one that we are hearing often now in our province especially from our government, is that the plan would be required only to entitle 100% of our residents to become insured.

[Traduction]

ment heureux que les résidents d'une province soient maintenant considérés comme des assurés. Il nous fait également plaisir de voir qu'on essaie d'assurer une protection universelle en exigeant des régimes provinciaux qu'ils donnent droit aux services de santé assurés prévus à l'ensemble des habitants de la province. Nous craignons cependant que le libellé de cet article puisse être interprété de deux façons différentes. La première interprétation serait qu'il exigerait que les régimes provinciaux assurent 100 p. 100 des résidents. L'autre interprétation, et c'en est une que nous entendons souvent dans notre province, notamment dans la bouche des représentants du gouvernement, c'est que le régime ne devrait que permettre à l'ensemble des résidents de s'assurer.

• 1610

This in fact is now the situation in Ontario, despite the Ontario Government claims that universality is maintained and guaranteed both by the existence of premium assistance programs and by the regulation that allows for people to receive care from doctors in public hospitals whether or not they are insured. We wanted to tell you that this is not true. Despite the premium assistance—and basically you have to be destitute in Ontario to get premium assistance—there is evidence that suggests there is a significant minority of Ontarians who are not insured. For example, of the clientele of one community health centre, 20% is uninsured. We also want to point out that very few hospitals, doctors or citizens are even aware of the regulation of guarantee of service and they certainly do not operate under those assumptions.

We assert that the second interpretation, that is, entitled to become insured, violates the intents and purposes of the Bill and the program condition, and we recommend amendment of Clause 10 so as to eliminate the possibility of misinterpretation.

Specifically, we recommend that Clause 10 specify that the provincial plan must not impose additional preconditions to eligibility and must insure 100% of provincial residents.

We do not think that such a proposal would infringe on provincial prerogative to raise revenue. It does not affect that prerogative, providing of course such revenue or payment of such revenue is not a precondition to eligibility. We think it is essential that we maintain provision of benefits and services on uniform terms and conditions for all Canadians.

The second area of our concern falls under Clause 9, which is comprehensiveness. Basically, the comprehensiveness program condition is defined by the definition of insured health services. This is currently limited to hospital physician services and specified surgical dental services. There are many deficiencies to such a definition. First it places undue emphasis on sickness and curative care. Illness prevention and health promotion strategies appear to be excluded. They need to be

C'est d'ailleurs ce qui se passe à l'heure actuelle en Ontario, bien que le gouvernement ontarien prétende que l'universalité est maintenue et garantie par l'existence de programmes d'aide aux paiements des primes et par la réglementation qui permet aux habitants de recevoir des soins non médicaux dans les hôpitaux publics, qu'ils soient ou non assurés. Nous tenions à vous dire que cela n'est pas vrai. Malgré le programme d'aide aux paiements des primes—et en Ontario il faut être dans le dénuement le plus complet pour pouvoir bénéficier de cette aide—les renseignements dont nous disposons nous permettent de penser qu'il y a une minorité tout de même assez importante d'Ontariens qui ne sont pas assurés. Par exemple, 20 p. 100 de la clientèle d'un centre de soins communautaire que nous connaissons ne sont pas assurés. Nous tenons par ailleurs à souligner que très peu d'hôpitaux, de médecins et de simples citoyens sont même au courant des règlements en matière de garantie de services et qu'ils ne respectent donc pas du tout ces valeurs.

Nous affirmons que la deuxième interprétation, c'est-à-dire que l'article ne prévoit que le droit de s'assurer, va à l'encontre de l'objet même du bill et des conditions du programme, et nous recommandons l'amendement de l'article 10 afin d'éliminer la possibilité d'une mauvaise interprétation.

Plus particulièrement, nous recommandons que l'article 10 stipule que le régime provincial ne doit pas imposer d'autres conditions à l'admissibilité, mais qu'il doit assurer l'ensemble des résidents de la province.

Nous ne pensons pas que pareille proposition empièterait sur la prerogative provinciale de lever des recettes. Cela n'aurait aucune incidence sur cette prerogative, à condition, bien sûr, que ces recettes ou le paiement de ces recettes ne soient pas une condition à l'admissibilité. Nous pensons qu'il est essentiel que nous garantissons ces avantages et ces services selon des clauses et des conditions uniformes pour tous les Canadiens.

Le deuxième domaine qui nous préoccupe est couvert par l'article 9, qui porte sur l'intégralité. Grosso modo, la condition d'intégralité du programme est définie par la définition des services de santé assurés. Ceux-ci se limitent à l'heure actuelle aux services médicaux hospitaliers et à certains services de chirurgie dentaire. Pareille définition comporte de nombreuses lacunes. Tout d'abord, elle met trop l'accent sur les maladies et sur les soins curatifs. La prévention des maladies et les

[Text]

explicitly included. The Bill places tremendous importance on the issue of individual biology and individual lifestyle as responsibility factors for ill health. We want to recognize the influence of biology but we also want to remain very aware that most Canadians, at best, have very limited control over the key lifestyle factors that influence health.

True, we can influence or we can control smoking, alcohol and drug use. But the major causes of morbidity and mortality that we face today in Canada and in North America are as a result of social stresses like unemployment, which is perhaps our biggest health problem, and occupational and environmental hazards. Those are functions of our economic production system, over which the individual has no control. We are not arguing for intervention in the entire—that intervention to address those kinds of health risks must be provided on the basis of an insured service. We are simply asserting that in promoting and protecting health, health policies and strategies must also advocate and support social, economic, occupational and environmental measures that facilitate healthful lives and eradicate or mitigate factors and conditions that foster or cause illness.

• 1615

We are also concerned because the definition of comprehensiveness further enshrines the physician as the gatekeeper to and arbiter of the health system. It does not allow sufficient flexibility for evolution of a different division of labour and a better use of non-physician personnel and services, which may better meet our needs in the future. We would point out, for example, the use of nursing services. It does not recognize that many health services can be effectively delivered in non-hospital settings—for example, community health centres. Nor does it sufficiently consider the problems or the factors of changing health needs, our changing demographic structure, and the changing in practice methods that we are entertaining today. Most notably, in terms of changing methods we point to the de-institutionalization of many special populations—such as the mentally retarded, the psychiatric populations, and the elderly.

Most important, this definition fails to address anything other than the maintenance or restoration of physical functioning. It excludes mental health services, and thereby directly contradicts the preamble of the Bill, which would recognize that Canadians:

... desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease.

[Translation]

stratégies de promotion de la santé semblent en être exclues. Or, il faudrait les y inclure, et de façon explicite. Le projet de loi rend principalement responsable de la mauvaise santé la biologie et le style de vie de chacun. Nous admettons l'influence de la biologie, mais nous aimerions également qu'on tienne compte du fait que dans les meilleures circonstances, la plupart des Canadiens n'ont qu'un contrôle très limité sur les facteurs clés de leur style de vie qui ont une influence sur leur santé.

Il est vrai que nous pouvons contrôler notre consommation de tabac, d'alcool et de stupéfiants. Mais les principales causes de la morbidité et de la mortalité que nous connaissons aujourd'hui au Canada et en Amérique du Nord en général sont imputables au stress social que crée le chômage, qui constitue peut-être notre plus grave problème sur le plan de la santé, et à des problèmes liés au travail et à l'environnement. Ces facteurs sont à leur tour fonction de notre système économique, sur lequel l'individu n'exerce aucun contrôle. Nous ne préconisons pas une intervention d'ensemble... l'intervention au niveau de certains de ces risques pour la santé devrait être offerte par le biais d'un service assuré. Nous affirmons tout simplement qu'en favorisant et en protégeant la santé, les politiques et les stratégies en matière de santé doivent en même temps appuyer l'adoption de mesures sociales, économiques, de relations de travail et d'environnement, qui facilitent le maintien d'une bonne santé, et éliminer ou au moins réduire les facteurs et les conditions qui favorisent ou qui provoquent la maladie.

Nous sommes également inquiétés par le fait que la définition de l'intégralité consacre encore davantage le médecin comme gardien et comme arbitre du système de soins de santé. Elle ne prévoit pas suffisamment de souplesse pour permettre l'évolution d'une division différente du travail et une meilleure utilisation du personnel autre que les médecins et des services qu'offre celui-ci, formule qui satisferait peut-être mieux nos besoins à l'avenir. Prenez, par exemple, le recours aux services d'infirmières. Par ailleurs, le projet de loi ne reconnaît pas qu'un grand nombre de services de santé peuvent très bien être assurés dans des cadres non hospitaliers, comme par exemple des centres de soins communautaires. Il ne tient pas non plus suffisamment compte des problèmes ou des facteurs de nos besoins changeants en matière de santé, de l'évolution de la structure démographique, et des changements de méthodes que l'on est en train d'envisager à l'heure actuelle. Pour ce qui est du changement des méthodes, nous soulignons la désinstitutionnalisation d'un certain nombre de groupes spéciaux, comme par exemple les retardés mentaux, les patients en soins psychiatriques et les personnes âgées.

Plus important encore, cette définition ne fait état que du maintien du rétablissement de fonctions physiques. Elle exclut les services psychiatriques et, partant, va à l'encontre du préambule du bill qui reconnaît que les Canadiens:

... désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies.

[Texte]

It also contradicts federal government policy as articulated by the Minister, and it ignores the wide consensus favouring inclusion of mental health services in the definition of insured services.

We are also concerned about the lack of commitment to non-institutional community-based services such as community health centres, home support, and extended and chronic care services.

We would like to recommend that the clause be amended so that insured services would include services that promote, conserve, and restore physical and mental health and prevent, alleviate, or protect against injury and disability—that is, dysfunction.

I think it is important to realize that the coalition neither expects nor wants overnight expansion of our health system. We believe that change options and new strategies must be carefully evaluated and planned for so that we will achieve a well-integrated, efficient and effective system that will meet our needs.

We think the federal government can enter into agreements regarding the range and standards of services to be provided over the time under the expanded definition of comprehensiveness, which will alleviate concerns about immediate excessive expenditure. We emphasize that we are requesting room for reasoned change, not reckless expansion.

We are also concerned about the definition of authorized providers. We think that with the expanded definition of comprehensiveness we will also have to expand our definition of providers. Here we think that we can use the concept of a health practitioner who is lawfully entitled to practise in the province and come to agreement with the provinces as to the range of practitioners that will have access to the medicare system or would be authorized to provide insured services.

We are concerned also with Clauses 14 to 17, regarding defaults. We are concerned about the very high level of ministerial and Cabinet discretion at the federal level. We think that does not provide adequate guarantees for Canadians or provincial governments regarding equitable application of the legislation. We cannot always count on having strong Health Ministers who really believe in the medicare system.

We think such guarantees are essential, and we recommend that Clause 14 be amended to allow establishment of a process of problem identification. Such a process must be public and understandable by and accessible to ordinary Canadians. We need to clarify the conditions under which public review will be mandatory. We need to clarify conditions under which applications of sanctions are either discretionary or mandatory. We must allow for establishment of an agreed period for

[Traduction]

Elle contredit également la politique du gouvernement fédéral énoncée par le ministre, et elle ignore le fait qu'un très grand nombre de personnes appuient l'inclusion des services psychiatriques dans la définition des services assurés.

Nous nous inquiétons également qu'aucun engagement n'ait été pris à l'endroit des services communautaires non institutionnels, comme par exemple le centre de soins communautaires, les soins à domicile, les services complémentaires de santé et les soins pour malades chroniques.

Nous recommanderions que l'article soit modifié pour que les services assurés comprennent tous les services qui favorisent, maintiennent et rétablissent la santé physique et mentale, qui empêchent et réduisent les blessures et l'invalidité, c'est-à-dire tout mauvais fonctionnement, ou encore qui assurent une protection contre ce problème.

Je pense qu'il est important de souligner que la Coalition n'attend ni ne souhaite une expansion immédiate, du jour au lendemain, de notre système de soins de santé. Nous pensons que les changements possibles et que les nouvelles stratégies devront être soigneusement planifiées et évaluées afin que nous puissions élaborer un système bien intégré, efficace et efficient, qui satisfasse nos besoins.

Nous pensons que le gouvernement fédéral pourrait négocier des accords portant sur la gamme et les normes des services à assurer, et ce, dans le cadre d'une définition élargie de l'intégralité, ce qui apaiserait les craintes qu'entretiennent certains au sujet de la possibilité que les dépenses dans l'immédiat soient excessives. Nous tenons à souligner que ce que nous demandons, c'est la possibilité d'apporter des changements raisonnables, non de nous lancer dans une expansion frénétique.

Nous ne sommes pas non plus satisfaits de la définition qui est donnée des pourvoyeurs autorisés. Si la définition de l'intégralité est élargie, nous pensons qu'il faudrait également élargir la définition des pourvoyeurs. Selon nous, devrait être pourvoyeur de services de santé tout médecin qui est légalement habilité à pratiquer dans la province, et il faudra à ce moment-là s'entendre avec les provinces sur la gamme de médecins qui auraient accès au système d'assurance-maladie ou qui seraient autorisés à offrir des services assurés.

Nous avons également quelques réserves au sujet des articles 14 à 17, portant sur les manquements. Nous nous inquiétons de l'importance de la discrétion ministérielle du cabinet fédéral. Cela ne fournit pas selon nous des garanties suffisantes aux Canadiens et aux gouvernements provinciaux relativement à l'application équitable de la loi. Nous ne pouvons pas être certains de toujours avoir des ministres de la Santé qui croient réellement en notre système d'assurance-maladie.

Nous croyons que de telles garanties sont essentielles, et nous recommandons que l'article 14 soit modifié de façon à prévoir l'établissement d'un processus d'identification des problèmes. Ce processus serait public et serait à la portée de tous les simples citoyens du pays. Il faudrait par ailleurs mieux définir les conditions dans lesquelles un examen public serait obligatoire et les conditions dans lesquelles l'imposition de sanctions serait discrétionnaire ou obligatoire. Il faudrait par

[Text]

the remedying of any problem, and we should require presentation of information of default to both Houses of Parliament as soon as possible. We stress this because we know that the issues of health are not technical issues, they are also political issues. I point to B.C. as a case in point.

We also note that Clause 15.(1) implies that each program condition and hence each default has a cash equivalent in value that is unspecified. We want to recognize the difficulty of establishing a true value for program conditions like universality and accessibility, but we think there should at least be a minimum penalty that is mandatory, and it should be specified to ensure accountability and fairness. We suggest that such a minimum penalty could be set at 5% to 10% of the total transfer, simply to get their attention, anyway.

• 1620

We now want to talk about extra-billing and user fees in Clauses 18 to 21. We support the inclusion of non-discretionary penalties for extra-billing and user fees not authorized by the provincial plan. However, we are concerned that for some provinces, for example, Ontario, Alberta and British Columbia, the proposed dollar-to-dollar deduction, based on the amount extra-billed, represents a licence fee rather than an effective penalty. We would like to recommend that with any alleged default of any program condition,—and I stress any program condition, not just extra-billing and user fees—there be public reports and a review of the amount, the nature and the impact of that default, based on data collected under the information requirement of the proposed Act or, in the absence of such data, on independent research. We think penalties must be specified in Clauses 18 to 19 and that there must never be less than the full cash value of the insured service subjected to extra-billing or user fees. We also think that, of course, extra-billing by any expanded range of providers must be prohibited by the Bill.

We would also like to recommend that the period allowed for the remedying of extra-billing problems, in terms of refunding moneys withheld, be reduced from three to one year, and that the moneys that are not refunded be used to supplement research into illness prevention and health promotion strategies that are new and innovative. However, we want to stress that it should supplement. That should not be an excuse to underfund health research.

[Translation]

ailleurs convenir d'une période donnée pour la résolution de tout problème, et il faudrait exiger que soient présentés dès que possible dans chaque cas, et aux deux Chambres, tous les renseignements relatifs aux manquements. Nous tenons à souligner ce point, car nous sommes convaincus que les questions de santé ne sont pas des questions d'ordre technique, mais plutôt politique. La Colombie-Britannique illustre très bien ce point.

Nous avons constaté par ailleurs que l'article 15(1) sous-entend qu'à chaque condition et, partant, à chaque manquement, correspond une valeur pécuniaire équivalente qui n'est pas précisée. Nous reconnaissons qu'il est difficile d'établir une valeur pour des conditions comme par exemple l'universalité et l'accessibilité, mais nous pensons qu'il devrait y avoir au moins une pénalité minimale obligatoire et que celle-ci devrait être stipulée afin d'assurer l'équité et la responsabilité. À notre avis, si on établissait une amende minimale correspondant à de 5 à 10 p. 100 des transferts totaux, cela retiendrait leur attention.

Nous aimerions maintenant aborder la question de la surfacturation et des frais modérateurs tels que figurant aux articles 18 à 21. Nous appuyons l'imposition d'amendes non discrétionnaires dans les cas de surfacturation et d'imposition des frais modérateurs non autorisés par le régime provincial. Cela dit, nous estimons que dans le cas de certaines provinces, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, les déductions proposées jusqu'à concurrence des montants obtenus par surfacturation sont davantage des frais d'obtention de permis qu'une amende efficace. Nous recommandons donc que pour toute dérogation aux dispositions de n'importe quel programme—et cela signifie à toutes dispositions et non seulement à celles ayant trait à la surfacturation et aux frais modérateurs—on publie des rapports publics et on réexamine les sommes obtenues ainsi que la nature et les répercussions du non-respect des conditions du régime. Cela se ferait en fonction des données obtenues en vertu de l'exigence d'information prévue dans le projet de loi ou par une recherche indépendante si ces chiffres sont impossibles à obtenir. Nous sommes d'avis qu'il faut préciser quelles pénalités seront imposées aux articles 18 et 19 et que ces amendes ne doivent jamais être inférieures à la valeur totale du service assuré ayant fait l'objet de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs. Nous estimons également, bien entendu, que le projet loi doit interdire toute extension de la surfacturation de la part des professionnels de la santé.

Nous recommandons également que la période accordée pour rembourser les sommes obtenues par surfacturation soient réduites de trois à un an, et que les montants non remboursés soient versés comme subventions supplémentaires pour financer des projets de recherche innovateurs en matière de prévention et de promotion de la santé. Toutefois, il doit s'agir de crédits supplémentaires, et on ne doit pas se servir de cela comme excuse pour éviter de financer la recherche en santé à des niveaux insuffisants.

[Texte]

We also question the advisability of leaving the definition of user fees solely to the discretion of the provinces via the provincial plans. We strongly recommend that the Bill include a provision which circumscribes the definition of user charges.

We have some other concerns, Mr. Chairman, with the preamble and the definition of health. We think the inclusion of a preamble to inspire and articulate a Canadian vision of our health care system and to guide systematic evolution is desirable and timely. We support wholeheartedly the recognition that health and well-being flows from physical and mental wellness. Wellness, however, is more than the absence of disease or dysfunction. It involves the presence and ability and opportunity to function and to contribute to one's society. Given that the definition of a problem will determine the range of solutions sought and the actual solution accepted, we would like to recommend that the preamble be reworded to establish a concept of wellness as opposed to limiting the definition of health to the absence of illness or disability.

We also strongly support the statement that the primary objective of the Canadian health policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents. Given that, and given its inclusion, we were therefore quite dismayed at the exclusion of mental health services and of services or of strategies that would prevent physical and mental ill health. We therefore would like to recommend that Clause 3.(1) be amended to declare that the primary objective of the Canadian health policy is to prevent mental and physical ill health and to promote, protect and restore the mental and physical well-being of residents of Canada.

Similarly, we strongly support the design and administration of a Canadian health policy to achieve specific objectives. We recommend, however, that the wording of that clause be strengthened so that a Canadian health policy shall be designed and administered to ensure effective allocation of resources, provision of adequate health services, and reasonable access to health services without financial or other barrier.

We strongly object to the inclusion of the concept of undue financial barriers. We think that gets us into an unending and unprofitable debate as to what constitutes an undue barrier.

We are also a little concerned about portability. Actually, we are a lot concerned about portability. We think it is unfortunate that our national program basically insures provincial residents, not Canadian residents, in that we are finding that residents of provinces are still being extra-billed or required to pay at the point of delivery for services received out-of-province. We think we have to find some mechanisms to deal with that in the very near future.

[Traduction]

Nous nous demandons s'il est souhaitable de s'en remettre uniquement aux provinces et à leur régime de santé pour la définition des frais modérateurs. Nous recommandons instamment d'inscrire dans le projet de loi une position qui définisse de façon précise les frais modérateurs.

Monsieur le président, nous tenons également à ce que le projet de loi contienne un préambule et une définition de la santé. Nous estimons en effet qu'il est souhaitable et qu'il est temps d'inclure un préambule qui exprime la vision qu'a le Canada de notre régime de soins de santé, et qui oriente systématiquement son évolution. Nous nous rangeons tout à fait à l'avis exprimé d'après lequel la santé et le bien-être découlent de facteurs à la fois physiques et psychiques. Toutefois, cette santé est plus que l'absence de maladies ou de problèmes fonctionnels. Elle signifie aussi la possibilité de bien fonctionner et de contribuer à la société dans laquelle on vit. En conséquence, étant donné que la définition d'un problème influe sur la solution qu'on y apportera, nous recommandons qu'on modifie le libellé du préambule pour qu'il comporte une définition de la santé plus positive et non seulement celle d'après laquelle il s'agit de l'absence de maladies ou d'infirmités.

Nous appuyons également très fermement l'affirmation d'après laquelle le principal objectif de la politique canadienne en matière de santé est de protéger, d'augmenter et d'instaurer le bien-être physique et psychique de ses citoyens. Compte tenu de cela, nous avons été consternés que les services de santé mentale et les services de prévention aient été exclus. Nous recommandons donc que l'on modifie l'article 3.(1) pour qu'il soit déclaré que le principal objectif de la nouvelle politique canadienne en matière de santé est de prévenir la maladie mentale et physique ainsi que d'augmenter, de protéger et de restaurer la santé mentale et physique des citoyens canadiens.

De même, nous appuyons tout aussi énergiquement l'adoption et l'administration d'une politique canadienne en matière de santé destinée à atteindre des objectifs précis. Toutefois, nous recommandons qu'on renforce le libellé actuel afin que la politique canadienne en matière de santé soit conçue et administrée de telle sorte qu'il y ait une affectation des ressources nécessaires, des prestations de services de santé satisfaisantes et un accès raisonnable à ces services sans qu'il y ait d'obstacle pécuniaire ou autre.

Nous nous opposons vigoureusement à ce que figurent les obstacles pécuniaires ou financiers injustifiés. Nous estimons que cela nous entraîne dans un débat interminable et inutile sur la nature même de ces obstacles.

Nous sommes également assez préoccupés par la question de la transférabilité. À ce sujet, nous regrettons que le programme national couvre les habitants des provinces et non les habitants du Canada, étant donné que les habitants de certaines provinces doivent payer des honoraires supplémentaires ou des frais modérateurs lorsqu'ils bénéficient d'un service fourni à l'extérieur de leur province. Nous sommes d'avis qu'à l'avenir, il faudra trouver un mécanisme susceptible de résoudre le problème très bientôt.

[Text]

Mr. Chairman, the Ontario Health Coalition is pleased to share its analysis and critique with you.

• 1625

We encourage the subcommittee to concentrate its efforts on amending the legislation so as to return it for third reading to this session of Parliament. We are aware that the time available for stemming the erosion of our medicare system is running out. It is essential that we enact this legislation so that we can immediately turn our attention and efforts to resolving the many critical issues that we face in our health care system and effect our long-term health and well-being.

The Chairman: Thank you, Ms Harding and Ms Johnston.
Ms Kotani.

Miss Kotani: Thank you, Mr. Chairman. The Friends of Medicare welcomes the opportunity to present our views on the matters of the recently tabled Canada Health Act.

Just by way of information, we are a provincial umbrella organization representing approximately 16 organizations and several hundred individuals in Alberta, many of whom have been working together to prevent further erosion of medicare since our founding in September, 1979.

The things that we have to say today are in many ways no different from the points we raised before the Hall Commission or the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements. The problems we addressed then have remained and, in some cases, present even more difficulty than before.

This implies a growing urgency to deal effectively with the fundamental problems in health care. From our perspective in Alberta, these problems can be divided into three categories: focus, delivery and funding.

First, on the focus of health care. In following previous submissions to this committee, it is clear that there is no agreement on what the focus of the Canadian health care system should be. Our organization has always stressed the importance of building on a philosophy of health promotion, illness prevention and illness treatment.

A health care system must include much more than what happens in hospitals and other similar in-patient facilities. If we are serious about controlling hospital costs, we must have a system that will allow us to help people obtain health care services outside of a hospital setting if appropriate.

The proposed Canada Health Act in its present form does little to address this concept of health care. Rather, it focuses primarily on what happens with in-patient facilities. Such an

[Translation]

Monsieur le président, la Coalition ontarienne de la santé est heureuse de pouvoir discuter avec vous de son analyse et des critiques qu'elle a formulées.

Nous prions instamment le Sous-comité de mettre ses efforts à modifier ce projet de loi afin qu'il puisse retourner à la Chambre pour la troisième lecture pendant la présente session du Parlement. Si nous ne nous pressons pas, nous manquerons de temps pour empêcher cette érosion de notre système de soins de santé. Il est essentiel de faire adopter ce projet de loi afin que nous puissions immédiatement concentrer notre attention et nos efforts sur les questions critiques auxquelles nous faisons face dans notre système de soins de santé et qui auront leurs répercussions à long terme sur notre santé et notre bien-être.

Le président: Merci, madame Harding et madame Johnston.
M^{me} Kotani.

Mlle Kotani: Merci, monsieur le président. Les *Friends of Medicare* sont heureux de pouvoir se saisir de cette occasion pour présenter leurs idées sur le projet de loi qui vient d'être déposé.

Pour votre gouverne, notre organisme regroupe environ 16 autres organismes et quelques centaines de gens de l'Alberta, dont plusieurs travaillent ensemble depuis notre création en septembre 1979 pour essayer d'empêcher toute érosion additionnelle de l'assurance santé.

Ce que nous avons à dire ici aujourd'hui s'apparente à ce que nous avons dit à la Commission Hall ou au groupe d'étude parlementaire sur les accords fiscaux fédéraux provinciaux. Les problèmes dont nous parlions alors demeurent et, dans certains cas, sont encore plus aigus qu'auparavant.

Cela signifie qu'il devient de plus en plus pressant de traiter des problèmes fondamentaux en matière de soins de santé. D'après nous, en Alberta, ces problèmes se divisent en trois catégories: domaine de concentration, prestations et financement.

Tout d'abord, pour ce qui est du domaine de concentration des soins de santé. À entendre ce qu'ont déjà énoncé les témoins comparissant devant le présent Comité, il est clair que personne ne s'entend sur ce que devrait être le domaine de concentration du système canadien de soins de la santé. Notre organisme a toujours souligné l'importance qu'il y avait de construire le tout sur les idées de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies.

Un système de soins de la santé doit comprendre beaucoup plus que ce que fournissent les hôpitaux et autres institutions du genre. Si nous sommes sérieux lorsque nous parlons de contrôler les coûts hospitaliers, il nous faut un système qui nous permette d'aider les gens à obtenir les services de santé nécessaires à l'extérieur d'un hôpital, si c'est approprié.

Le projet de loi proposé, dans sa forme actuelle, ne fait pas grand chose pour résoudre ce problème. Il se concentre surtout sur ce qui se passe dans les institutions et sur les patients qui y

[Texte]

approach, by its very nature, limits the use of less expensive but often more appropriate facilities and health care providers.

A second point with respect to the focus of the proposed Canada Health Act that must be considered is the social milieu in which the legislation would exist. A wealth of Canadian data exists to show that a depression such as the one we are presently experiencing in this country has disastrous effects on health. Similar studies conducted in England and Wales and the United States substantiate the Canadian experience. These studies suggest that traditional medicine has little to do with the rise or fall of morbidity and mortality. Rather, social policies that bolster income security, social services and employment are required. It is components such as these, then, that become part of the larger health care system mentioned earlier.

Second, on the delivery of health care. The issue of the delivery of health care raises two key questions for the Friends of Medicare: By whom? and Where?

The brief of the Canadian Nurses Association to this committee addresses a problem in this area that will require answers sooner or later. They put forward many arguments supporting the inclusion of nursing as an insured service. The issue here is the appropriate use of other health care personnel, both by the planners and the consumer.

It is reasonable to assume that if nurses were to be used to their full capacity, there may be less need for as many physicians, given that Canada presently produces more than enough physicians, such a shift may mean the closure of some medical schools. No doubt there are other professional groups who, if given the opportunity, could also appropriately provide some aspects of health care services.

The problem of interest to our group, then, is to determine who is most qualified and capable of providing that kind of care. By limiting insured services to those performed by physicians and some dentists, the proposed Canada Health Act almost insures that health care will be more expensive than otherwise necessary.

The second delivery question is one of the setting in which services should be provided. There is no question about the importance of insuring that those who require services available within a hospital, receive them. At the same time, both the federal and provincial governments have recognized that rapidly-growing expenditure associated with health care costs: hospital-based care.

It is clear that some of these costs are inherent in the provision of care for acutely ill patients. However, we believe that some costs are also incurred unnecessarily, due to the lack of sufficient funding for appropriate auxiliary beds and programs such as home care.

We recognize the attempt in the act to deal with this point, but fail to see the rationale for the exclusion of mental health

[Traduction]

sont soignés. Cette méthode, de par sa nature même, n'encourage pas le recours à des installations et à des personnes moins coûteuses, mais peut-être plus appropriées.

Un autre aspect du domaine de concentration, c'est que le projet de loi proposé ne peut-être étudié en dehors du milieu social où cette législation s'applique. Il y a toutes sortes de données canadiennes qui prouvent qu'une crise financière comme celle que nous traversons à l'heure actuelle a des effets désastreux sur la santé. Des études semblables en Angleterre, au pays de Galles et aux États-Unis viennent d'ailleurs confirmer ces données canadiennes. D'après ces études, la médecine traditionnelle n'a que peu d'influence sur l'augmentation ou la diminution de la morbidité et de la mortalité. Il faut plutôt avoir recours à des politiques sociales qui assurent une meilleure sécurité de revenu, des services sociaux et de l'emploi. Ce sont ces composantes qui entrent dans le système de santé élargi dont il a été question tout à l'heure.

Quant à la prestation des soins de santé, cette question se traite à deux volets pour les *Friends of Medicare*: Par qui? et, où?

Le mémoire présenté par l'Association des infirmières et infirmiers Canadiens au Comité aborde dans ce domaine un problème auquel il faudra trouver une solution tôt ou tard. Ils avancent bien des arguments plaçant en faveur de l'inclusion de leurs services au titre de services assurés. La question qui se pose est l'utilisation appropriée des autres membres du personnel de la santé par les planificateurs et par le consommateur.

Il est raisonnable de croire que si les infirmières et infirmiers étaient utilisés au maximum, on aurait peut-être besoin de moins de médecins puisque le Canada, à l'heure actuelle, sort de ces écoles beaucoup plus de médecins qu'il n'en a besoin, et cela signifierait peut-être la fermeture de certaines écoles médicales. Il y a sans doute d'autres groupes professionnels qui, si on leur en donnait l'occasion, pourraient aussi assurer certains aspects des services de santé.

Le problème qui intéresse alors notre groupe, c'est de trouver qui est le mieux qualifié et le plus en mesure de fournir ce genre de soins. En limitant l'assurance-santé à ces services assurés par les médecins et certains dentistes, le projet de loi garantit, presque, que les soins de la santé coûteront beaucoup plus chers qu'il ne serait par ailleurs nécessaire.

Le deuxième volet de la question, c'est de savoir où ces services seront fournis. Il ne fait aucun doute qu'il est très important d'assurer que ceux qui ont besoin de services offerts par un hôpital puissent en bénéficier. En même temps, les gouvernements fédéral et provinciaux ont reconnu que les coûts des soins donnés dans les hôpitaux augmentent rapidement.

Il est clair que certains de ces frais sont inhérents si l'on songe aux soins accordés aux malades aigus. Nous croyons cependant que certains sont engagés sans nécessité à cause d'un financement insuffisant des lits auxiliaires ou des programmes de soins à domicile.

Nous convenons que, dans le projet de loi, on tente quelque chose à ce niveau, mais nous ne voyons pas pourquoi on

[Text]

care and other non-hospital-based services focused on primary and secondary prevention such as those provided by community health nurses.

I would like to move on to the issue of the funding of health care. It is in this area that the Friends of Medicare have made many presentations to various levels of government in the past. We have left it until last today so we could examine it against the backdrop of the earlier sections of this paper.

• 1630

In Alberta we have been especially plagued by problems created by shortcomings in the past legislation. We view both extra-billing and user fees as a mechanism our provincial government has been allowed to put in place due to the lack of legislation forbidding them. Therefore we were pleased with the decision to impose non-discretionary financial penalties against those provinces that insist on generating funds for health care in this manner. Our position has always been that health care funding should be provided entirely through tax revenue. The Canadian studies that support this position are numerous. Although our provincial government does not appear to be prepared to withdraw their position on extra-billing and user fees, we would urge the federal government to continue with its intended plan, and you can be assured of the commitment on the part of consumer organizations like the Friends of Medicare to encourage the provincial government to institute similar kinds of legislation.

Indeed, we would support the strengthening of the penalties lest the wealthy provincial governments view this measure as just a slap on the wrist.

I would like to refer you to something in our appendix on a survey done of extra-billing physicians in Calgary, and I would like to turn this section of our presentation over to Karin Olson.

Ms Karin Olson (Assistant Co-ordinator, Friends of Medicare): At the tail-end of our paper you will find some statistics that were the result of a study done earlier this year in Calgary, Alberta. Calgary, as you may know, has always been the extra-billing capital of Alberta so we were not surprised to find that 55.7% of all of the physicians in private practice in Calgary were in fact extra-billing. This figure is up somewhat from the last figures we had as reported by the province.

Perhaps the most significant aspect of the study, which was conducted by the Unemployment Action Centres... I might mention that the Unemployment Action Centres exist and are scattered around the Province of Alberta and were created and put in place by the Alberta Federation of Labour to help work with unemployed people and do whatever they can to help these individuals find other jobs and process claims and so forth properly. We feel the most significant aspect of this is that, as you will note, quite a significant portion of the specialists were in fact extra-billing, and at the very bottom of

[Translation]

exclurait les soins pour maladie mentale et d'autres services qui peuvent être rendus hors de l'hôpital et qui seraient centrés, sur la prévention primaire et secondaire, comme les services fournis par les infirmières en soins communautaires.

Nous voudrions maintenant parler du financement des soins de santé. C'est dans ce domaine que les *Friends of Medicare* ont fait beaucoup d'interventions auprès des divers paliers de gouvernements par le passé. Nous avons décidé de parler de ce sujet en dernier lieu aujourd'hui de façon à pouvoir l'étudier par rapport aux parties antérieures du mémoire.

En Alberta, nous avons particulièrement souffert des problèmes créés par les lacunes de la loi adoptée antérieurement. Pour nous, la surfacturation et les frais modérateurs ont pu être imposés comme mécanisme par notre gouvernement provincial parce qu'aucune loi ne l'interdit. Nous sommes donc heureux de voir qu'on a décidé d'imposer des pénalités financières obligatoires aux provinces qui insistent pour se créer des revenus pour les soins de santé de cette façon. Nous avons toujours dit que les soins de santé devraient se financer entièrement à même les taxes des contribuables. Des études canadiennes en faveur de cette mesure sont nombreuses. Quoique notre gouvernement provincial ne semble pas être prêt à changer son attitude quant à la surfacturation et aux frais modérateurs, nous prions instamment le gouvernement fédéral de continuer sur sa lancée, et vous pouvez être assurés que les organismes regroupant les consommateurs, tel que le nôtre, encourageront le gouvernement provincial à adopter des mesures semblables.

A vrai dire, nous voudrions plutôt voir des pénalités encore plus draconiennes afin que les gouvernements provinciaux qui sont plus riches que les autres ne prennent pas la chose à la légère en se disant qu'il s'agit d'une pénalité symbolique.

J'aimerais vous reporter à quelque chose qui se trouve en annexe de notre document concernant la surfacturation par les médecins de Calgary, et je demanderai à Karin Olson de vous présenter cette partie de l'exposé.

Mme Karin Olson (coordinatrice adjointe, Friends of Medicare): En fin de document vous trouverez des statistiques résultant d'une étude faite un peu plus tôt à Calgary, Alberta. Calgary comme vous le savez peut-être, a toujours été le champion de la surfacturation en Alberta, et nous n'avons donc pas été surpris outre mesure de trouver que 55.7 p. 100 de tous les médecins en pratique privée à Calgary faisaient de la surfacturation. Ce chiffre est un peu plus élevé que le dernier chiffre donné par la province.

L'aspect le plus important de l'étude, peut-être, qui a été fait par les *Unemployment Action Centres*... je pourrais vous signaler en passant que les *Unemployment Action Centres* existent un peu partout en Alberta, ont été créés et mis en place par l'*Alberta Federation of Labour* pour travailler avec les chômeurs et faire ce qu'on peut pour aider ces gens à se trouver un autre emploi, faire leur réclamation d'assurance-chômage et ainsi de suite sans trop de problème. Nous croyons que l'aspect le plus significatif dans tout cela, comme vous pouvez le constater, c'est qu'un pourcentage important de

[Texte]

the page you will note that 23% of the physicians polled by this method in Calgary reported that under no condition would they consider waiving extra-billing.

So we have a situation, as mentioned earlier, that with the depression in which we presently find ourselves morbidity and mortality are sky-rocketing and access to health care facilities and services is on the decline.

Continuing with our paper, I would like to talk a little about the mechanisms presently being considered by the Alberta government as they appear to us.

The Alberta government has been reported to be considering the Ontario style of opting out for extra-billing physicians. In our view this is no answer to the problem because we are afraid that what will happen will be a similar situation to what you have here in Ontario: especially in some of the smaller communities, virtually whole specialty groups are opting out of the plan. Rather, we favour the Quebec model of opting out and also that the financial penalties levied against the offending provinces include the total amount allowable under the provincial fee schedule as well as the amount extra-billed.

With respect to user fees in hospitals, it is very clear that hospital boards see this as a way to transfer the responsibility for funding programs to them. Recently, in the last federal election, Friends of Medicare were successful in getting some of our members elected to hospital boards. These individuals assure us that there is little support for the user fee concept among the hospital board members. However, unless they have strong federal legislation upon which to rely it is unclear at this point whether in fact those boards will be able to withstand the provincial governments' push in the direction of user fees.

The Friends of Medicare are also concerned that the Bill in its present form does not adequately address the issue of universality. Without the stipulated penalty for failure to comply with the program criteria for universality we fear that Ontario, Alberta and British Columbia will continue with their premiums systems.

With respect to the point, as stressed in the Bill, that 100% of the residents of the provinces must be covered, we would like to point out that our provincial policy means that an estimated 200,000 Albertans were in fact without health insurance benefits last year due to the inability to pay their premiums. This is despite premium assistance programs. The Boyle Maccauley Community Health Centre in Edmonton is located in the inner city, and their estimates are, of the individuals who attend their facility, 10% of them are without valid health care coverage.

[Traduction]

spécialistes font de la surfacturation et tout en bas de la page vous constaterez que 23 p. 100 des médecins interrogés à Calgary ont répondu qu'ils ne consentiraient en aucun cas à abandonner cette surfacturation.

Donc, comme on l'a dit plus tôt, à cause de la crise économique actuelle, les taux de morbidité et mortalité augmentent en flèche, et l'accès aux soins de santé et aux installations et services devient de plus en plus difficile.

Pour revenir à notre document, j'aimerais vous dire quelques mots des mécanismes que le gouvernement albertain étudie à l'heure actuelle et ce que nous en pensons.

Le gouvernement de l'Alberta, dit-on, songe à adopter la méthode ontarienne et à permettre aux médecins qui veulent faire de la surfacturation de ne pas participer au plan. À notre avis, ce n'est pas une solution au problème parce que nous avons peur que les choses évoluent comme en Ontario, surtout dans certaines communautés moins importantes où presque tous les spécialistes choisissent de ne pas participer au plan. Nous sommes plutôt en faveur de la méthode québécoise pour les médecins non participants et nous voudrions que les pénalités financières imposées aux provinces délinquantes représentent le montant total permis en vertu du tarif provincial aussi bien que le montant surfacturé.

Pour ce qui est des frais modérateurs imposés dans les hôpitaux, il est très clair que pour les conseils d'administration des hôpitaux, il s'agit-là d'une façon de rejeter sur leurs épaules les responsabilités des programmes de financement. Dernièrement, pendant la dernière élection fédérale, les *Friends of Medicare ont réussi à faire élire certains de leurs membres aux conseils d'administration des hôpitaux. Ces gens nous disent que chez les administrateurs d'hôpitaux très peu sont en faveur des frais modérateurs. Cependant, à moins d'avoir une loi fédérale forte sur laquelle on puisse compter, il n'est pas sûr, pour le moment, que ces conseils d'administration pourront résister aux pressions gouvernementales en faveur des frais modérateurs.

Les *Friends of Medicare* sont aussi inquiets de ce que le projet de loi, dans sa forme actuelle, ne semble pas s'attaquer adéquatement à la question de l'universalité. S'il n'y a pas de pénalité imposée à ceux qui ne se conforment pas aux critères du programme d'universalité, nous avons peur que l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique continuent d'imposer des primes.

À ce propos, comme c'est souligné dans le projet de loi, l'ensemble des résidents des diverses provinces doivent jouir de l'assurance et nous voudrions souligner qu'à cause de nos politiques provinciales environ 200,00 Albertains ne jouissaient pas d'assurance-maladie l'an dernier parce qu'ils ne pouvaient pas verser de prime. Et cela, malgré les programmes d'aide au paiement des primes. Le *Boyle MacCauley Community Health Centre* à Edmonton se trouve dans la basse ville et, d'après les calculs de ce centre communautaire, parmi ceux qui font appel à leurs services, 10 p. 100 se retrouvent sans assurance-santé.

[Text]

• 1635

We would therefore encourage this committee to consider amending the Bill to specify financial penalty for any breach of the universality criteria, and to ensure that provinces which levy health insurance premiums provide accurate information on the number of valid health insurance registrants.

In conclusion we have four recommendations. First, a further entrenchment of the commitment to a health care system that includes more than just care for ill Canadians. Secondly, a mechanism that would analyse the health needs of Canadians to determine what health professionals are best able to meet those needs, and then include them as providers of insured services. Third, a mechanism that would determine the most appropriate settings for health care delivery, and then make funds available accordingly. Last, stiffer financial penalties for those provinces that insist on extra-billing, user fees, premiums or any other barrier that impedes the development of the health care system as it was intended.

In conclusion I would simply like to say that Friends of Medicare supports the proposed Canada Health Act in principle, and with the recommendations we have outlined here, we would urge you to recommend this Bill be enacted without further delay so that we can get on to some of the more important day-to-day problems that have to be worked out.

The Chairman: Thank you Ms Olson and Ms Kotani. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Reid will lead off.

The Chairman: Fine. Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you very much Mr. Chairman, and I join in the welcome of the Chair to the consortium of consumer groups this afternoon. If there was a problem Mr. Chairman, I would see it in the trying to pick out those things that are of common interest among them so we can address them directly. But may I... because Nova Scotia first indicated there was a desire of the consumers in his province—and I am assuming it is so all across the country—to foresee the establishment of a council, so they would have an opportunity at some date—perhaps reasonably soon—of direct input to the medicare program. Nova Scotia mentioned it, Ontario and Alberta did not directly. What is your feeling in that respect?

Miss Johnston: I think the position of the Ontario Health Coalition is that such a council could provide a very useful function, especially if very strong consumer participation was guaranteed. We also stress however that we have elected a number of people, and we employ a number of people at the federal and provincial level, and as good employers we expect

[Translation]

Nous voudrions donc encourager le Comité à songer à modifier le projet de loi afin d'y inclure une pénalité financière sanctionnant toute mesure qui porterait atteinte au critère d'universalité et afin d'assurer que les provinces imposant des primes d'assurance-santé fournissent des renseignements précis sur le nombre de personnes dûment enregistrées.

En conclusion, nous avons quatre recommandations. Tout d'abord, réaffirmer l'engagement à fournir un système de soins de la santé qui fasse plus que simplement assurer les soins aux Canadiens malades. Deuxièmement, établir un mécanisme dont on pourrait se servir pour analyser les besoins de santé des Canadiens, pour déterminer quels professionnels de la santé sont les mieux placés pour répondre à ces besoins et pour faire participer ces professionnels au régime de services assurés. Troisièmement, établir un mécanisme qui servirait à déterminer quelle est le meilleur endroit pour fournir ces soins de la santé et les fonds en conséquence. Enfin, fixer des pénalités financières draconiennes pour les provinces qui tiennent à imposer la surfacturation, les frais modérateurs, les primes ou toutes autres mesures nuisant à l'expansion du système de soins conçu par le législateur.

Enfin, j'aimerais tout simplement vous rappeler que les *Friends of Medicare* sont en faveur du principe du présent projet de loi et qu'en sus des recommandations dont nous vous avons fait part ici, nous vous prions instamment de recommander qu'il soit adopté sans retard aucun afin que nous puissions nous attaquer à certains problèmes quotidiens plus importants qu'il nous reste encore à régler.

Le président: Merci, mesdames Olson et Kotani. Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur Reid prendra la parole.

Le président: Parfait. Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci beaucoup, monsieur le président, je me joins à vous pour souhaiter la bienvenue à ce cartel de groupes de consommateurs cet après-midi. S'il me fallait choisir de m'attaquer à un problème seulement, monsieur le président, il me semble que j'aimerais vous souligner qu'il est très difficile de décider quelles sont les choses dans chacun des mémoires qui semblent représenter un intérêt commun pour chacun des groupes afin que nous puissions nous y attaquer directement. Cependant, puis-je... Parce que la Nouvelle-Écosse a tout d'abord dit que les consommateurs de sa province... et j'imagine que c'est partout pareil au pays... de voir à ce que soit créé un conseil de façon qu'ils aient l'occasion à une date ultérieure... Peut-être très bientôt... d'intervenir directement dans le programme d'assurance-santé. La Nouvelle-Écosse en a parlé, mais ni l'Ontario ni l'Alberta n'en ont parlé directement. Qu'en pensez-vous?

Mlle Johnston: Je crois que la Coalition de la santé de l'Ontario pense qu'un tel conseil pourrait se révéler très utile surtout si on y garantissait une participation très importante aux consommateurs. Nous soulignons aussi, cependant, que nous avons élu un certain nombre de gens, que nous employons un certain nombre de gens aux paliers fédéral et provincial et, bon

[Texte]

them to meet their responsibilities, and will make that demand.

Mr. Reid (St. Catharines): We have talked in terms of iron-clad guarantees around this place for some numbers of years; you will not likely get an iron-clad guarantee.

Ms Harding: Oh grief, no.

Mr. Reid (St. Catharines): But you do see it as a process whereby consumers would have an opportunity to make that kind of direct input.

Ms Harding: If properly established.

Mr. Reid (St. Catharines): Then I think all agreed that the growth and evolution of the medicare system is an ongoing one, and that it has changed substantially from the time it was really established in 1968, which leads me to the point of insured services, and reference has been made—I think by all... to the necessity of the expansion of insured services. How great a priority do you put on the necessity of including insured services so that—and I am being very pointed about it—the federal government would take its share, and share in the responsibility of the delivery of that kind of service to the people of Canada all across the country?

Ms Olson: I am not quite sure what exactly you are getting at, but I think it is important to state it is generally agreed that although we do not know how those services would actually be delivered, there is a fairly strong agreement among consumer groups that they ought to include more than physicians' services. I think we specify that they ought to include drug coverage, coverage of eyeglasses, coverage of dental work. We could outline a package of services...

• 1640

Mr. Reid (St. Catharines): And you mentioned coverage of nursing services and whatever else.

Ms Olson: Okay.

Mr. Reid (St. Catharines): But with a council you would be able to examine these at a greater degree of level and care. I believe there was some reaction to the different systems of medicare from province to province, and the extent or the degree or level, if you would, of the amount of the service that could be delivered out to the provincial residents as opposed to Canadian residents.

Ms Harding: I think your two questions actually come very close together. Yes, we see that there is an important federal role to be played in the provision of health services and the design of our health service system. It is very unfortunate that we have 10 different health systems across this nation. We think there are basic services, a range of services, that all Canadians need. We want to ensure that there be, to get at the universality and the equity of the system, some uniformity in the provision of services.

However, we also recognize there are regional differences. There are some health risks that are faced in the north that are

[Traduction]

employeur que nous sommes, nous nous attendons à ce qu'ils prennent en main leurs responsabilités et fassent cette demande.

M. Reid (St. Catharines): Cela fait déjà quelques années que nous parlons d'une garantie irrécusable; vous n'obtiendrez probablement pas de garantie irrécusable.

Mme Harding: Bonté divine, non.

M. Reid (St. Catharines): Mais vous croyez qu'il s'agit d'une méthode permettant aux consommateurs d'intervenir directement.

Mme Harding: À condition que ce soit bien conçu.

M. Reid (St. Catharines): Alors je crois que nous convenons tous que la croissance et l'évolution du système d'assurance-santé se poursuit sans cesse et qu'il y a eu des modifications de fond depuis le jour où il a été vraiment mis en place en 1968, ce qui m'amène aux services assurés, et je crois qu'en fin de compte tous soulignent qu'il est nécessaire d'assurer l'expansion des services assurés. Quelle priorité accordez-vous à la nécessité d'inclure les services assurés de façon que... Et je serai très précis, ici... le gouvernement fédéral prenne sa part et partage la responsabilité pour la prestation de ce genre de services au peuple canadien à travers tout le pays.

Mme Olson: Je ne vois pas bien où vous voulez en venir, mais je crois qu'il est important de dire qu'on admet généralement que même si nous ne savons pas comment ces services seraient fournis, les groupes de consommateurs s'entendent assez bien pour dire que ces assurances devraient prévoir plus que les seuls services des médecins. Je crois que nous précisons que ces mesures devraient assurer des médicaments, les lunettes, les soins dentaires. Nous pourrions vous donner l'exemple d'une gamme de services...

M. Reid (St. Catharines): Vous avez aussi mentionné les soins infirmiers et le reste.

Mme Olson: Parfait.

M. Reid (St. Catharines): Mais avec un conseil vous pourriez étudier ces sujets pour assurer un niveau plus élevé de soins. Je crois qu'il y a eu certaines réactions quant aux divers systèmes d'assurance-santé d'une province à l'autre et qu'il y a eu des divergences dans le niveau de soins à donner ou dans la quantité de soins qui pourraient être fournis aux résidents des provinces par opposition aux résidents du Canada.

Mme Harding: Je crois que vos deux questions s'entremêlent presque. Oui, nous croyons que le gouvernement fédéral a un rôle très important à jouer dans la prestation des services de santé et la conception du système de services de santé. Il est malheureux que nous ayons 10 systèmes de santé différents à travers le pays. Nous croyons qu'il y a des services de base, une gamme de services, dont ont besoin tous les Canadiens. Nous voulons, afin qu'il y ait universalité et équité dans le système, nous assurer qu'il y aura une certaine uniformité dans la prestation des services.

Cependant, nous savons aussi qu'il existe des différences au niveau régional. Dans le nord, il existe certains risques pour la

[Text]

not faced in the south. We want to have, in fact, a system where we have a minimum standard—a basic range of services that still allows for flexibility to address specific regional needs.

Mr. Reid (St. Catharines): Again, Alberta emphasized the portability aspect, and I think you have too—which is very important to all. Unless there is a basic level of health care established all across the country, how do you expect to get that degree of portability to which you are referring?

Ms Harding: We do not. That is why we require that there be a basic level of health across the country. That does not, however, take away from the fact of regional differences.

Mr. Reid (St. Catharines): In addition, it was Alberta, Mr. Chairman, that mentioned that friends of medicare were able to get people elected to hospital boards and have some direct input as to what is meted out to the hospital or to the residents of that community.

Might I then put a question to any one of the members of the witness panel before us this afternoon? Do you see anything in Bill C-3 that will give us the opportunity of expanding on the degrees of medicare across the nation to give the uniformity that is desired? Perhaps, if I put it to those who have been elected to hospital boards, when you concern yourselves with costs, concern yourselves with the expanding medicare system, concern yourselves with the necessity of something in your particular hospital, where do you draw the line as to who should pay?

Mr. Jamieson: I would just say a couple of things. One is that in 1977, when the new funding arrangement came in, the understanding was that the provinces would be given the flexibility to develop new services; they would not be locked in to this dollar-for-dollar matching along very strict kinds of conditions. Well, the problem was that it did not happen. In 1979, this so-called—at that stage... crisis of medicare, and the one that I think the proposed Canada Health Act is drawn up to address, occurred. I think all these groups began at that stage.

So the difficulty is that not only has it not been evolving, but we have a crisis so that we need legislation like this. In other words, I do not think it can be assumed that there are enough progressive forces evolving the system. What the Nova Scotia coalition is saying is that the proposed Canada Health Act has been seen, as described in Nova Scotia by one of the members of this committee, as step one—that is, blocking the erosion. Step two would be the future developments. As we say, we would like to see the Bill proceed on schedule. But what we would really like to see is that we quit having to deal with forest fires; I mean, move into these areas of restructuring, reorienting, and particular services... In our public discussions we heard a lot about the whole question of home care. Apparently there has been money to fund home care; home care has been cost shared in our province but it has not been available. So there seems to be a question of political incentive.

[Translation]

santé, qui n'existent pas dans le sud. À vrai dire, nous voulons avoir un système où il y a une norme minimale... Une gamme commune de services qui permettent quand même une certaine souplesse afin de pouvoir répondre à des besoins régionaux précis.

M. Reid (St. Catharines): Encore une fois, l'Alberta a mis l'accent sur la transférabilité, je crois que vous l'avez fait aussi et c'est très important pour tous. À moins d'assurer un niveau minimum de soins de la santé à travers le pays, comment prétendre à cette transférabilité dont vous parlez?

Mme Harding: Nous ne le faisons pas. Voilà pourquoi nous voulons ce minimum pour tout le pays. Cependant, cela n'exclut pas le fait qu'il existe des différences au niveau régional.

M. Reid (St. Catharines): De plus, monsieur le président, c'est l'Alberta qui nous a dit que les *friends of medicare* ont réussi à faire élire des gens au conseil d'administration des hôpitaux et qu'ils peuvent donc intervenir directement pour ce qui est accordé à l'hôpital ou aux résidents de la communauté.

J'aimerais donc poser une question à celui de nos témoins qui voudra y répondre cet après-midi. Trouvez-vous dans le projet de loi C-3 quelque chose qui nous permettra d'étendre le programme d'assurance-santé à travers le pays et d'obtenir cette uniformité tant désirée? Si je pose la question à ceux qui ont été élus au conseil d'administration des hôpitaux: lorsque vous vous préoccupez des coûts, que vous vous préoccupez de l'expansion du système d'assurance-santé, et de la nécessité d'avoir certaines choses précises dans votre hôpital, comment décidez-vous qui devra payer quoi au juste?

M. Jamieson: J'aimerais dire quelques mots à ce propos. Tout d'abord, en 1977, quand le nouvel accord concernant le financement a été adopté, il était entendu que les provinces auraient toute la souplesse voulue pour établir de nouveaux services, qu'elles ne devraient pas se conformer à des conditions très strictes du genre «dollar pour dollar». Au bout du compte, le problème c'est qu'il ne s'est rien produit. En 1979, à cette étape de l'affaire, c'est alors qu'est arrivée cette crise de l'assurance-santé, comme on dit, celle que le projet de loi qu'on nous propose maintenant doit régler. Je crois que tous ces groupes ont vu le jour à cette époque.

Donc, le problème n'est pas seulement qu'il n'y a pas eu d'évolution, mais que nous faisons face à une crise qui nous oblige à adopter un projet de loi comme celui qu'on nous propose. En d'autres termes, je ne crois pas qu'on puisse croire qu'il y a suffisamment de forces progressistes qui font évoluer le système. La coalition de la Nouvelle-Écosse prétend tout simplement que le projet de loi proposé, tel qu'il a été décrit en Nouvelle-Écosse par un des membres du présent comité, semble représenter la première étape de la solution: c'est-à-dire enrayer l'érosion du système. Quant au deuxième pas dans la bonne direction, il s'agirait d'étudier les améliorations prévues pour l'avenir. De toute façon, nous voudrions que le projet de loi soit adopté à temps. Mais ce que nous préférierions par-dessus tout, c'est arrêter de combattre les incendies de forêt pour enfin se lancer dans la restructuration, la réorientation du système... Dans les discussions publiques, la question des soins à domicile a souvent été soulevée. Apparemment, il y

[Texte]

[Traduction]

aurait de l'argent pour financer les soins à domicile; le coût de ces soins a été partagé dans notre province, mais les soins n'ont pas été offerts. Il semble donc y avoir un problème de volonté politique.

• 1645

Now, your question about who is going to pay for this . . . I would like to know what you mean. Do you mean the level of government that will pay for it?

Mr. Reid (St. Catharines): First, may I come back to your comment that this is why we need legislation like this. Do you anticipate Bill C-3 giving you any benefit in the funding problem?

Ms Harding: I think amended as we proposed, yes.

Mr. Reid (St. Catharines): All right. I think that is the key. If the Bill is amended to provide the kind of recommendations which you have introduced, and extra-billing and user fees may not be—but they may be as well—related to the problem of funding and costs . . .

Ms Harding: I wonder if I can address that.

Mr. Reid (St. Catharines): All right. May I ask the representative of the Province of Nova Scotia? He raised it at the outset, and I am concerned with what is to be included in the shared funding by the federal government with the provinces. What is to be, and should be, included in the block funding, or should you go back to the 50-50 sharing of costs?

Mr. Jamieson: No, I do not think we should revert to 50-50. I think the direction and intent of the Bill are fine in terms of the non-compliance mechanism. There needs to be this kind of disincentive, and our health minister in Nova Scotia has said that there will be provincial legislation to ban extra-billing because we just cannot afford its work there, in a sense. I do not know whether he will pick up the cue from British Columbia on the surtax idea of avoiding . . . I am a little confused about what you mean by funding. Are you asking whether we think the system is underfunded? We have not said that. We think that if it is restructured with present funding, then we will have a clearer idea of whether or not it is underfunded. We are saying now that the money is misspent; it is misdirected; that the way the money is spent is not cost-effective.

Mr. Reid (St. Catharines): Could you be a little more specific? When you say that in the Province of Nova Scotia the money is misspent or misdirected, can you tell us where and how?

Mr. Jamieson: It is spent on acute care and physician services. We think it should be moving into the areas of home care, which is cheaper, more alternative kinds of services, health promotion, health education; prevention is much cheaper. I know it is considered an add-on, and that is the difficulty, the extra money and all that, but . . .

Vous voulez savoir qui devra payer cela . . . J'aimerais savoir ce que vous entendez par cela. Vous voulez savoir quel palier de gouvernement devra payer?

M. Reid (St. Catharines): Vous avez dit que c'est pourquoi nous avons besoin d'un tel projet de loi. Pensez-vous que le projet de loi C-3 permettra de résoudre le problème du financement?

Mme Harding: Oui, s'il est modifié comme nous le proposons.

M. Reid (St. Catharines): D'accord. Si le projet de loi est modifié dans le sens des recommandations que vous avez présentées et en supposant que la surfacturation et les frais modérateurs ne soient pas nécessairement liés au problème du financement et des coûts . . .

Mme Harding: Je ne sais pas si je peux répondre à cette question.

M. Reid (St. Catharines): D'accord. Je m'adresse dans ce cas au représentant de la Nouvelle-Écosse. Il en a parlé le premier, et j'aimerais savoir ce qui devrait être inclus dans le financement partagé entre le gouvernement fédéral et les provinces. Quels services doivent être visés dans le financement global? Préféreriez-vous revenir à un partage égal des coûts?

M. Jamieson: Non, nous ne devrions pas revenir à un partage égal. L'orientation donnée au projet de loi me convient pour ce qui est des mécanismes en cas de non-respect des critères. Ce genre de mécanisme doit exister et notre ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse a dit qu'il présenterait un projet de loi à l'Assemblée législative pour interdire la surfacturation, car la province ne peut pas d'une certaine façon se payer le luxe de voir réduire les paiements. Je ne sais pas s'il adoptera l'idée de la Colombie-Britannique sur la surtaxe pour éviter . . . Je ne comprends pas tout à fait ce que vous entendez par financement. Voulez-vous savoir si nous pensons que le système est sous-financé? Ce n'est pas ce que nous avons dit. Si le système était restructuré dans le cadre du financement actuel, nous pourrions mieux voir s'il est sous-financé. Aujourd'hui, nous prétendons que l'argent est mal dépensé, que les méthodes ne sont pas rentables.

M. Reid (St. Catharines): Pourriez-vous être un peu plus précis? Vous dites qu'en Nouvelle-Écosse l'argent est mal dépensé, pourriez-vous nous donner des exemples?

M. Jamieson: L'argent sert à financer les soins actifs et les services des médecins. A mon sens, il vaudrait mieux le dépenser dans les soins à domicile, qui coûtent moins cher, il faudrait songer à d'autres types de services, la promotion de la santé, l'éducation, en fait, la prévention coûte beaucoup moins cher. On tient la prévention comme un complément, et c'est là le problème . . .

[Text]

Mr. Reid (St. Catharines): How do you then distinguish that from being underfunded. If the federal government does not share in the inclusion of establishing these nursing homes or other kinds of facilities other than the hospital, where is the funding going to come from?

Mr. Jamieson: Reallocate it is what we are saying. Until it is reallocated, it is difficult to judge whether it is underfunded. I think that perhaps there is a question of underfunding, but at this stage we do not see this as the key to the crisis. The key to the crisis is the need for structural change.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, why, as a consumer group, are you so much concerned with the hesitancy in talking about funding or the underfunding aspect of the system itself? Because obviously if there was a greater degree of understanding, a greater willingness and co-operation to share, no doubt there would be the kind of system that could come about, as you envision, much more readily than it is now.

Ms Harding: First of all, I would like to correct one assumption. None of us today has suggested that the federal government should not cost share or participate in the costs of expansion of services. In fact, we would say quite the opposite. Yes, there should be . . .

Mr. Reid (St. Catharines): That is what I wanted to hear you say.

• 1650

Ms Harding: There should be participation. We have stated quite clearly that we believe there is a federal role. There is not only a federal role in terms of co-ordinating policy, but also in terms of directing resources.

We also want to point out that in terms of who pays, the people of Canada have decided that we will all collectively pay for the provision of health services. That was the decision and that decision has been supported through the numerous commissions that have occurred. I am sure you have heard it here a number of times.

I also want to point out that user fees and extra-billing add nothing. They do not put resources back into the system. They put resources into physicians' hands and that is about all. We in Ontario do not believe that the system as a whole is underfunded. We do believe, however, that there is misallocation, in terms of what is available now. We will tell you quite clearly that physician services in northern Ontario are under-resourced. They are certainly grossly over-resourced in southern Ontario. Certainly in Nova Scotia and the Maritimes, certain kinds of services are not available. They are far too available in terms of cost effectiveness in other parts of the country. What we need is some mechanisms that can address regional disparities, that can direct resources to the areas and address the problems that are needed, rather than an *ad hoc* system. We are arguing for a planned and well-managed system.

[Translation]

M. Reid (St. Catharines): Il faut donc faire la différence. Si le gouvernement fédéral ne partage pas les comptes de ses foyers de soins ou d'autres types de services qui ne sont pas offerts à l'hôpital, d'où proviendra le financement?

M. Jamieson: Nous disons qu'il faut procéder à une nouvelle affectation des ressources. Tant que cela ne sera pas fait, il sera difficile de déterminer si le système est sous-financé. Il l'est peut-être, mais à l'heure actuelle, la clé du problème est ailleurs. Le problème sera résolu lorsqu'on aura restructuré le système.

M. Reid (St. Catharines): Par votre entremise, monsieur le Président, pourquoi en tant que groupe de consommateurs hésitez-vous tellement à parler du financement ou du sous-financement du système? De toute évidence, si nous pouvions mieux nous comprendre, s'il existait une plus grande volonté à partager, le genre de système de santé que vous réclamez serait beaucoup plus facile à mettre en place.

Mme Harding: Tout d'abord, j'aimerais corriger une hypothèse. Personne ici aujourd'hui n'a dit que le gouvernement fédéral ne devrait pas participer au financement de l'expansion des services. De fait, nous prétendons le contraire. Oui, il devrait . . .

M. Reid (St. Catharines): C'est ce que je voulais vous entendre dire.

Mme Harding: Il doit y avoir participation. Nous avons bien dit qu'à notre sens, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer. Dans ce rôle, il ne doit pas seulement coordonner la politique, mais également diriger les ressources.

Quant à savoir qui paie, les Canadiens ont décidé collectivement que nous payons ensemble la prestation des soins de santé. Telle est la décision qui a maintes fois été réitérée à la suite des commissions qui ont étudié le sujet. On vous a déjà dit cela ici, j'en suis sûr.

J'aimerais également dire que la surfacturation et les frais modérateurs n'ajoutent rien au système. Ces deux pratiques ajoutent aux revenus des médecins, et c'est tout. En Ontario, nous ne pensons pas que le système soit globalement sous-financé; nous pensons plutôt qu'il y a une mauvaise répartition des services offerts. Dans le nord de l'Ontario, les services médicaux accusent des lacunes. C'est tout à fait le contraire dans le sud de la province. En Nouvelle-Écosse et dans les provinces maritimes, certains services ne sont pas offerts. Or, ils se retrouvent très facilement dans d'autres régions du pays. Il faut donc trouver des mécanismes qui aplaniront les disparités régionales, qui répartiront les ressources équitablement entre les régions pour régler les problèmes existants. Nous réclamons un système de santé bien planifié et bien géré.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): That is what we all want, Mr. Chairman. May I ask if any member of the panel is on any hospital board?

Mr. Jamieson: I work for a council which owns hospitals, or at least my board of directors do, anyway.

Mr. Reid (St. Catharines): Would it be a private hospital, sir? What kind of a hospital?

Mr. Jamieson: Yes, they are Catholic hospitals.

The Chairman: Your last question for now, Mr. Reid, please.

Mr. Reid (St. Catharines): In any of your consumer groups, is there a segment of membership which serves in a capacity, such as being a member of the hospital board, and do you hear them say that there is no problem of under-funding, with respect to the hospitals they serve?

Ms Olson: The individuals in Friends of Medicare that serve on hospital boards are from small, rural hospitals. These are facilities located in parts of the province that serve large, large areas of population. That is, their catchment area is many miles. For those particular centres, there have been some difficulties in terms of providing the kinds of services that are required. But I would concur with the people from Nova Scotia and Ontario by saying that it is not clear to us whether in fact we have to pump more dollars into the system or whether we have to reallocate what is available within the province at this time.

Mr. Reid (St. Catharines): That is our problem, too. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. Mr. Blaikie, do you want to go now or after Madame Killens?

Mr. Blaikie: After.

The Chairman: Madame Killens.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

I too would like to welcome the three groups with us this afternoon. They are indeed welcome. I want to congratulate you for well-prepared briefs. I do know that your available tools to prepare such things are very limited. You do a little miracle in presenting us with such good briefs as you have done.

You know that the minister is trying to eliminate the two-tier system of health care by eliminating extra-billing and user fees. Bill C-3 has also received the approbation of Justice Hall and is getting the approbation from all of the consumer groups we have received so far.

On the other hand, we have received many representations from provincial ministers, who express very strong opposition to any semblance of intrusion on their jurisdiction. Therefore, we are facing a dilemma in this committee. Although your briefs do present to us many, many good suggestions, we will be going clause by clause March 6 and I doubt if we are going to be very much able to take some of your good suggestions.

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): C'est ce que nous réclamons tous, monsieur le président. J'aimerais savoir si un des membres de la délégation siège à un conseil d'administration d'hôpital?

M. Jamieson: Je travaille pour un conseil qui est propriétaire d'hôpitaux, un conseil de directeurs.

M. Reid (St. Catharines): Ces hôpitaux sont-ils privés, monsieur? Quel genre d'hôpital?

M. Jamieson: Il s'agit d'hôpitaux catholiques.

Le président: Monsieur Reid, c'est votre dernière question.

M. Reid (St. Catharines): Dans vos groupes de consommateurs, comptez-vous des membres qui siègent à des conseils d'administration d'hôpitaux? Disent-ils qu'il n'y a pas de problème de sous-financement dans les hôpitaux auxquels ils s'intéressent?

Mme Olson: Les membres de l'Association *Friends of Medicare* qui siègent à des conseils d'administration d'hôpitaux le font pour de petits hôpitaux ruraux. Ces hôpitaux couvrent de grandes régions. Ils ont de la difficulté à assurer tous les services nécessaires. Je suis cependant quand même d'accord avec les représentants de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario lorsqu'ils disent qu'il n'est pas évident qu'il faille injecter plus d'argent dans le système; je me demande comme eux s'il ne faut pas plutôt pour le moment répartir autrement les ressources de la province.

M. Reid (St. Catharines): Nous nous demandons la même chose. Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Reid. Monsieur Blaikie, voulez-vous prendre la parole maintenant ou après Mme Killens?

M. Blaikie: Après.

Le président: Madame Killens.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

J'aimerais également souhaiter la bienvenue aux trois groupes. Je tiens à les féliciter pour l'excellence de leur mémoire. Je sais que vous disposez de ressources bien limitées pour préparer de tels mémoires. L'excellence de votre mémoire est donc tout à votre honneur.

Comme vous le savez, le ministre essaie d'éliminer le système à deux paliers de soins de santé en interdisant la surfacturation et les frais modérateurs. Le projet de loi C-3 a également été bien reçu par le juge Hall ainsi que par tous les groupes de consommateurs que nous avons reçus jusqu'à maintenant.

Par contre, les ministres provinciaux s'opposent fermement à toute idée d'ingérence dans leur domaine de compétence. Donc le Comité fait face à un dilemme. Votre mémoire comporte d'excellentes recommandations, mais lors de l'étude article par article, à compter du 6 mars, je doute que nous puissions en intégrer beaucoup.

[Text]

• 1655

As examples of those, I will refer to the Ontario brief, page 9. I really applaud your recommendation in the middle of the page when you want us to amend Clause 3.(1), and you say:

... be amended to declare that the primary objective of Canadian health policy is to prevent mental and physical ill health and to promote, protect and restore the mental and physical well-being of residents of Canada.

Having worked with the handicapped committee for a long time, and still being very involved with it, I very much applaud that recommendation.

But I want to leave this with you. One of you said that, after this Bill is passed, you intend to go on and work at the level of the provincial Ministers in order to keep your pressure on them. All I can say is that we are not going to do all you want us to do. You have to understand, we may be sympathizing with you, but we ask you to go to the provincial Ministers with those things that we are not going to do, and do something about it.

I have a very specific question; I am very interested in the answer. I think it was the Ontario brief that spoke of Clause 10 on universality. It is very ambiguous in my mind, because it is the first time I have heard of it, that in Ontario there is premium assistance to the people who cannot afford it. Could you elaborate on that and tell us what happens? If I am a poor person, does somebody tell me where to go to apply for the premium assistance? If not, why not? And if it is there, is it preventing me from getting the quality care that I should be getting?

Ms Harding: The premium assistance program in Ontario is a very interesting one. It is basically designed for destitute Ontarians.

The premiums are waived in Ontario for senior citizens and social assistance recipients. The ordinary working poor in Ontario can go to OHIP, the Ontario Health Insurance Plan, and apply for premium assistance. However, very few people know about that plan. I believe the upper financial limit for a family of four is a net income of \$5,500. That would put your gross income, and I am not going to swear to this figure, around \$12,000 to \$13,000. This means that you are under any poverty line that I am aware of for Ontario, in fact for practically anywhere in the country.

So the answer to your question is that this exists. I believe that when Mr. Grossman was Health Minister he increased the advertising a little bit for this program and increased the number of enrolments in the program. But very few people know about it. I know that because many people call my organization thinking that they are talking to the government and they are quite confused as to the benefits they have available to them. That plan does not work; we challenge the

[Translation]

Par exemple, reportez-vous au mémoire présenté par l'Ontario à la page 9. Je suis parfaitement d'accord sur votre recommandation du milieu de la page où vous voulez que nous modifions le paragraphe 3.(1):

... soit modifié pour déclarer que la politique canadienne de la santé a pour premier objectif de prévenir les maladies physiques et mentales et de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada.

Ayant travaillé avec le Comité des handicapés pendant longtemps, m'intéressant encore beaucoup à tout cela, je suis totalement d'accord sur cette recommandation.

J'aimerais cependant vous donner un conseil. Un d'entre vous a dit qu'après l'adoption du projet de loi, vous continuerez d'exercer des pressions auprès des ministres provinciaux. Je dois vous dire que nous ne réussirons pas à faire tout ce que vous voulez. Vous devez comprendre que nous sommes derrière vous, mais vous devez aller demander aux ministres provinciaux de faire ce qui n'est pas de notre ressort.

J'aimerais vous poser une question très précise; j'ai hâte de connaître votre réponse. Je crois que dans le mémoire de la Coalition de l'Ontario, on a fait allusion à l'article 10 portant sur l'universalité. Je ne vous suis pas très bien, car c'est la première fois que j'en entends parler; j'entends pour la première fois qu'en Ontario il existe un système d'aide au versement de la prime pour les gens qui ne peuvent la payer. Pourriez-vous nous dire comment fonctionne ce système? Supposons que je suis pauvre, quelqu'un me dira-t-il où je dois m'adresser pour profiter de ce système? Sinon, pourquoi? Si ce système existe, et que je m'en prévaux, obtiendrai-je les mêmes soins de bonne qualité que je le devrais?

Mme Harding: Le programme ontarien d'aide au versement de la prime est très intéressant. Essentiellement, ce programme vise les Ontariens vivant dans le dénuement le plus complet.

En Ontario, les personnes âgées et les prestataires d'aide sociale n'ont pas à payer de prime. L'Ontarien qui gagne un faible revenu peut se présenter au bureau de l'OHIP, le régime d'assurance-santé de l'Ontario pour demander à recevoir l'aide au versement de la prime. Cependant, bien peu de personnes connaissent ce programme. Pour être admissible, une famille de quatre personnes doit avoir un revenu de \$5,500. Cela vous donne un revenu brut d'environ \$12,000 ou \$13,000; je ne pourrais pas cependant attester ces chiffres. Cela signifie que vous vivez sous tous les seuils de la pauvreté qui peuvent exister en Ontario et même n'importe où au pays.

Donc, pour répondre à votre question, ce programme existe. À l'époque, je crois, où M. Grossman était ministre de la Santé, il a augmenté un peu la publicité de ce programme, ce qui a fait monter le nombre d'inscrits. Mais bien peu de personnes en connaissent l'existence. Je le sais parce que nous recevons de nombreux appels de personnes qui pensent s'adresser au gouvernement et qui comprennent très mal les avantages offerts. Ce programme ne donne pas de bons

[Texte]

Minister's statement that that is an adequate guarantee of universality.

Miss Kotani: I would concur with Michèle. We have a similar system of premium assistance in Alberta. I believe the cutoff rates are a taxable income of less than \$4,500 for a single person and \$7,500 for a family. Again, using the same kinds of calculations we find people who qualify for premium assistance falling below poverty line figures.

Again, there is a similar problem of people being unaware of the availability of the program and having to face enormous lineups now to qualify for premium assistance or to have the forms filled out. In fact when the government in Alberta imposed the new policy of prepayment for health insurance, the community health centre that we referred to in our brief requested that the government allow them to sign people up from their clinic because of line-ups and waiting lists and they refused them. So they encouraged every individual to go down to the office to sign up individually. Phones were tied up for days; offices were overloaded. In itself, it was not an accessible system.

Mrs. Killens: You realize that the Bill is not going to correct that.

I am sorry, did somebody else want to say something?

Miss Johnston: Yes. I think also that system is very demeaning to human beings. It really tells the poor that they have to be very humble. What is it doing to the elderly who are living on a fixed income when they have to go for extra help? We should not be doing that to the working people, the poor people, and the elderly people of our society in Canada. We should not be doing that to them.

• 1700

Mrs. Killens: I am still puzzled because the Bill is not going to rectify that because you still have the right to have premiums in Ontario after the Bill is passed.

Ms Harding: That is quite true, but we see no way for the federal government to eliminate premiums. That is a provincial responsibility and we will work at the provincial level.

What the universality clause of Bill C-3 would do is certainly remove the moral justification that the provinces have for demanding prepayment.

We do not object to a health levy. The people of Ontario and the people of Canada are more than willing to pay for their health care system—and collectively we are willing to pay for it: we do not want individuals singled out.

It is an additional lever in our hands, really, that will be a useful tool, but it will not cure the problem. That can only be done at the provincial level.

[Traduction]

résultats; nous mettons le ministre au défi de prouver, comme il l'a dit, qu'il s'agit là d'une garantie suffisante d'universalité.

Mlle Kotani: Je suis d'accord avec Michèle. Nous avons en Alberta un programme semblable d'aide au versement de la prime. Les limites sont de \$4,500 de revenu imposable pour un célibataire et de \$7,500 pour une famille. Encore une fois, en appliquant les mêmes calculs, les personnes qui sont admissibles à recevoir l'aide au versement de la prime vivent sous le seuil de la pauvreté.

Nous avons le même type de problème c'est-à-dire que les gens ne connaissent pas l'existence de ce programme ou que lorsqu'ils le connaissent, ils doivent faire la queue pendant des heures pour s'y inscrire ou pour remplir les formulaires. De fait, lorsque le gouvernement albertain a imposé la nouvelle politique de paiement des primes d'assurance-santé, le centre communautaire auquel nous faisons allusion dans notre mémoire a demandé que le gouvernement lui accorde la permission d'inscrire les gens à la clinique à cause des listes d'attente très longues au bureau; le gouvernement a refusé. Donc, au centre communautaire, on a encouragé tout le monde à se rendre au bureau du gouvernement pour s'inscrire. Les lignes téléphoniques ont été bloquées pendant des jours; les bureaux étaient surpeuplés. Le système n'était donc pas accessible.

Mme Killens: Vous vous rendez bien compte que le projet de loi ne règlera pas ce problème.

Je m'excuse, quelqu'un d'autre voulait-il intervenir?

Mlle Johnston: Oui. J'ajouterai qu'à mon sens le système est très dégradant. Il ramène les pauvres à un niveau de mendiant. Comment réagit la personne âgée vivant sur un revenu fixe lorsqu'elle doit aller demander une aide supplémentaire? Au Canada, les travailleurs, les pauvres et les personnes âgées ne méritent pas cela. Il ne faut pas les traiter ainsi.

Mme Killens: Je ne comprend toujours pas, car même après l'adoption du projet de loi, les primes existeront toujours en Ontario.

Mme Harding: En effet, nous ne voyons pas comment le gouvernement fédéral peut interdire les primes. Il s'agit là d'une responsabilité provinciale, et nous nous attaquerons aux gouvernements provinciaux.

Grâce à l'article portant sur l'universalité du projet de loi C-3, les provinces ne seront moralement plus justifiées d'exiger le paiement préalable.

Nous ne nous opposons pas à une imposition pour la santé. Les Ontariens et les Canadiens sont plus que disposés à payer pour leur système de soins de santé; collectivement, nous sommes prêts à le faire; nous ne voulons tout simplement pas que certaines personnes soient isolées.

En définitive, il s'agit d'un levier supplémentaire que nous aurons, un outil utile qui ne règlera cependant pas le problème. Seules les provinces peuvent le faire.

[Text]

Miss Kotani: One thing I could add, if I might, is that it would be conceivable, then, that the Bill would ensure that the people of Canada and the federal government are provided with accurate figures of the number of people who are actually registered in a premium plan. To date that information has not been available. There are many health care numbers in the computer that belong to no person who is a resident of that province. I think the figures for Ontario are that there are 12 million numbers and 8 million people. So there is some duplication and some people have left, and that is certainly a problem in Alberta.

I think one way of being able to have some control over the universality concept as a program criterion is to establish some sort of mechanism whereby the provinces will have to provide accurate information on a quarterly basis or whatever of the number of active registrants they have under their health insurance plans.

Mrs. Killens: I have another question. May I have another question, please?

The Chairman: Yes, Madame.

Mrs. Killens: I guess I could aim my next question at Mr. Jamieson from Nova Scotia. In your brief you say there are no user fees in Nova Scotia but there is extra-billing. I think it was Ontario before who said they would like to see the money that we are going to collect go into research and prevention, and perhaps something else as well.

I was wondering if the representative from Nova Scotia had given any thought to how he would like to see us use the money once we get it, if we do?

Mr. Jamieson: The penalty money?

Mrs. Killens: The penalty money, yes.

Mr. Jamieson: I think we suggested two things, although we would not be opposed to the idea of research—well, I guess it would fall under research in a way. One would be to go to provinces that are complying that do not have as wide a range of services as other provinces and use it specifically for those improvements; also to be given to the provinces that . . . I think we talked about innovations in the delivery system; that is, creative improvements to the system. In other words, use that penalty money to improve things. To start on stage two, maybe fund this idea of health counselling.

Mrs. Killens: I understand.

We do not want, of course, the same thing across the country because there is regional disparity and we have to respect that. At the same time we would like to give good service to all Canadians. If you think of the money being put into research and prevention, it helps all Canadians. If you tell me that you would give it to the complying provinces, then it is like a double penalty for the other Canadians who happen to be living in a province where the provincial government is not complying. I am just throwing this around while I am thinking.

Mr. Jamieson: There is also a double incentive for provinces to comply.

[Translation]

Mlle Kotani: J'ajouterais, si vous le permettez, qu'il serait possible que le projet de loi garantisse aux Canadiens et au gouvernement fédéral des renseignements précis quant au nombre de personnes participant à un régime à prime. Nous n'avons toujours pas ce genre de renseignements. Nous retrouvons dans l'ordinateur des numéros d'identification qui ne se rattachent à aucun résident de la province. En Ontario, on compte 12 millions de numéros et 8 millions de personnes. Il y a donc dédoublement, certaines personnes ont quitté la province, et la même chose vaut probablement pour l'Alberta.

A mon sens, une façon d'exercer un certain contrôle quant à cette condition d'universalité serait de créer un mécanisme par lequel les provinces seraient tenues de remettre trimestriellement des renseignements précis sur les participants au régime d'assurance-santé.

Mme Killens: J'aimerais poser une autre question, puis-je le faire?

Le président: Certainement, madame.

Mme Killens: Je m'adresse particulièrement à M. Jamieson de la Nouvelle-Écosse. Dans votre mémoire, vous dites qu'il n'y a pas en Nouvelle-Écosse de frais modérateurs, mais que la surfacturation est pratiquée par les médecins. La coalition ontarienne dit que l'argent qui sera retenu par le gouvernement fédéral devrait servir à financer la recherche et la prévention, notamment.

Le représentant de la Nouvelle-Écosse a-t-il songé à ce que nous devrions faire de cet argent, le cas échéant?

M. Jamieson: L'argent retenu?

Mme Killens: Oui.

M. Jamieson: Nous avons proposé deux choses bien que nous ne soyons pas non plus opposés à la recherche; de toute façon cela revient à de la recherche. Une première recommandation serait d'offrir aux provinces qui respectent les conditions et qui n'offrent pas une gamme de services aussi vaste que les autres d'améliorer leur système. Nous avons parlé de restructuration créative du système de soins; on pourrait utiliser l'argent retenu pour améliorer les systèmes. Deuxièmement, on pourrait peut-être financer le Conseil de santé.

Mme Killens: Je vous suis.

Nous ne voulons pas, bien sûr, une norme uniforme pour le pays, il faut tenir compte des disparités régionales. Cependant, nous voulons assurer un bon service pour tous les Canadiens. L'argent consacré à la recherche et à la prévention profite à tous les Canadiens. Si vous voulez que cet argent soit donné aux provinces qui respectent les conditions, vous proposez en définitive une double pénalité aux Canadiens qui vivent dans une province où le gouvernement ne respecte pas toutes les conditions. Je dis cela en continuant à réfléchir.

M. Jamieson: C'est également un double encouragement aux provinces.

[Texte]

Mrs. Killens: Yes, of course. I understand, yes.

Can I have a last question?

The Chairman: Go ahead.

Mrs. Killens: On portability, I, too, have a problem with that because in Quebec now I have to live it. Our doctors are paid less in Quebec than they are in Ontario. When I see a doctor in Ontario, Quebec only pays part of it because they say to me: You are a Quebecer and we only pay you what we would pay a Quebec doctor; you will pay the difference. So portability does not exist at this point in Canada. So I hope in some way that we rectify it with this Bill.

Do you have any examples, or do you have any . . . ?

• 1705

Ms Olson: It used to be, some time ago, that it was possible to get figures on what the cost of providing care was in one province to the next. Health economists put forward the argument that the rent was more in some places and so forth. There were regional variations in costs from that perspective, but our organization certainly thinks it is very important that, when you go from one province to the next and require service out of your own province, there should be no cost experienced upfront, out of pocket.

The Chairman: Thank you Madame Killens. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just one question really. Obviously you do not have any problems with the approach of the various coalitions. But I have a question with respect to a recommendation made by the Ontario Health Coalition. It has to do with your recommendation on page 6, having to do with Clause 2, the definition of an authorized provider. I am just trying to get to the bottom of what the possibilities are within the Bill. If, in Clause 2, we were to change in the Bill, for instance, words that describe extra-billing in the Bill. It says

“Extra-billing” means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of that province.

If we were to take out the words “medical practitioner or dentist” and put in “health care practitioner”, I am asking myself if we would be in effect legislating that all services provided by health care practitioners had to be provided by the plan and that there could not be any extra-billing. That is to say, there could not be any—forgive me, I am going to use the CMA terms . . . patient participation in the cost. Do you see what I mean? This is the question I have been asking myself. Would we be legislating that all services of all health care practitioners have to be provided as an insured service, without any contribution by . . . If that is the consequence of that amendment, and I am not sure that is the consequence of that amendment, which I intend to support, and if it were to be passed, it seems to me that lays on the provinces a whole new layer of financial responsibility to which the federal government would not be contributing whatsoever. That is the

[Traduction]

Mme Killens: Oui, bien sûr, je comprends.

Puis-je poser une dernière question?

Le président: Faites.

Mme Killens: J'aimerais maintenant vous interroger au sujet de la transférabilité, car là aussi, j'ai un problème. Je vis au Québec où les médecins sont moins bien rémunérés qu'en Ontario. Lorsque je consulte un médecin ontarien, le Québec ne paie qu'une partie du coût de la consultation pour la raison suivante: je suis Québécoise et le gouvernement rembourse à l'Ontario ce qu'il paierait à un médecin québécois; je dois payer la différence. Donc, à l'heure actuelle, la transférabilité n'existe pas vraiment au pays. J'espère que nous pourrions grâce à ce projet de loi corriger cette situation.

Auriez-vous des exemples, des cas . . . ?

Mme Olson: Il y a un certain temps, il était possible de connaître le coût des soins pour chaque province. Les économistes de la santé ont fait valoir que dans certains endroits, le loyer était plus élevé etc. Les coûts fluctuent régionalement en ce sens, mais notre organisme est d'avis qu'en consultant un médecin d'une autre province, il ne faut surtout pas que le patient ait à déboursier de l'argent.

Le président: Merci, madame Killens. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je n'ai qu'une seule question. La perspective adoptée par les coalitions ne posent pas de problème. J'aimerais cependant poser une question au sujet d'une recommandation faite par la coalition de la santé de l'Ontario. Je me reporte à votre recommandation à la page 6, au sujet de l'article 2 portant sur un pourvoyeur autorisé. J'essaie de prévoir les résultats du projet de loi. Ici à l'article 2, nous devons modifier la définition de la surfacturation. Je lis cette définition:

«surfacturation» Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

En remplaçant les mots «médecin ou dentiste» par «praticien des soins de santé» serions-nous en fait, en train de légiférer que tous les services offerts par les praticiens des soins de santé sont assurés par le régime, ce qui reviendrait à interdire toute surfacturation. C'est-à-dire qu'il n'y aurait pas, excusez-moi d'utiliser les mots de l'Association médicale du Canada, de participation des patients aux coûts. Voyez-vous ce que je veux dire? C'est une question que je me pose. Est-ce que cela reviendrait à dire que tous les services offerts par les praticiens des soins de santé seraient des services assurés, sans qu'il y ait contribution par . . . Si telle est la conséquence de cet amendement, ce dont je ne suis pas encore convaincu, cela ajoute, à mes yeux, une toute nouvelle responsabilité financière aux provinces, à laquelle le gouvernement fédéral ne participerait pas. C'est là le problème de ce projet de loi. Si nous voulons qu'il donne les résultats escomptés, s'il n'y a pas de nouvelles

[Text]

problem of the whole Bill. If it would do the things that some of us want it to do, if there is no new money attached to new conditions and new things, then there is this difficulty of putting the provinces in a position where they would have a case against the federal government. That is not so bad in itself, except that, given the nature of the provincial governments by and large, this case would then be used to create . . .

Ms Harding: I can answer your question in a moment, Mr. Blaikie:

Mr. Blaikie: All right. Go ahead, then.

Ms Harding: Okay. The basic answer to your question is no.

Mr. Blaikie: No. No what?

Ms Harding: It does not immediately inflict tremendous additional costs on the provinces that the federal government is not participating in.

Let me deal with patient participation. We all participate . . .

Mr. Blaikie: Say you go to a physio-therapist who is not covered under the plan . . .

• 1710

Ms Harding: I think if you look a little further down you will see that we are suggesting two things. We are asking for room to evolve the system without having to go through the five years it took us to get here. We are asking for an opportunity, for a mechanism, so we can evolve our system on an ongoing basis.

Basically, the proposed Canada Health Act says that the federal government will contribute towards the cost of services provided by these practitioners in these settings.

Mr. Blaikie: And within these principles.

Ms Harding: And within these principles, true.

Basically, we are suggesting that if we use the concept of health practitioner that gives us far more flexibility for the future. We mirror that by suggesting that this precise range of practitioners that will be providing insured services be established through agreement, that that is possible. At this point, and maybe for the next two years, it will only be doctors and dentists; but we will have an opportunity to look at our practitioners, to look at our division of labour and to change that without going through the trauma of the Canada Health Act all over again. That is a colossal waste of our efforts.

Mr. Blaikie: The question is: Is there a way of doing that in the Bill now that does not have immediate legal consequences? It is hard to put into the Bill an amendment which says that over the next two years we should get together and figure out . . .

Ms Harding: I think you could build that into your regulations. Provincial and federal governments have agreements on practically everything; this is no real difference here.

[Translation]

sources de financement pour les nouveaux services, nous nous retrouvons en fait à demander aux provinces d'offrir elles-mêmes des services et ainsi, il y aurait un problème, elles pourraient revenir contre le gouvernement fédéral. Cette possibilité n'est pas si mal en soit sauf que compte tenu du comportement des provinces, ce petit problème prendrait . . .

Mme Harding: Je peux répondre à votre question rapidement, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: D'accord. Faites.

Mme Harding: Voilà, pour répondre à votre question, non.

M. Blaikie: Non, Non à quoi?

Mme Harding: Cela n'ajoute pas immédiatement un fardeau financier supplémentaire très lourd aux provinces si le gouvernement fédéral ne participe pas aux coûts.

Parlons de la participation des patients. Nous participons tous . . .

M. Blaikie: Supposons que vous vous rendez chez un physiothérapeute qui ne fait pas partie du régime . . .

Mme Harding: Je crois que si vous regardez un peu plus loin vous constaterez que nous proposons deux choses. Nous demandons que le système se prête à l'évolution sans répétition de cette longue attente de cinq ans. Nous réclamons un mécanisme permettant de faire évoluer notre système de manière permanente.

En substance, la proposition de Loi canadienne sur la santé dit que le gouvernement fédéral contribuera au financement des services offerts par les médecins dans le cadre de ce système.

M. Blaikie: Et conformément à ces principes.

Mme Harding: Et conformément à ces principes, c'est exact.

Pour l'essentiel, nous suggérons que le concept de professionnels de la santé ne peut que nous donner une plus grande souplesse. Nous complétons en suggérant que cet éventail précis de professionnels offrant des services assurés soit établi par convention, et que c'est possible. Pour le moment, et peut-être pour les deux prochaines années, cela ne couvrira que les médecins et les dentistes, mais nous aurons la possibilité d'analyser la profession, d'étudier le partage du travail et d'y apporter des modifications sans répéter l'exercice douloureux de la Loi canadienne sur la santé. C'est un gaspillage d'efforts colossal.

M. Blaikie: La question est la suivante: est-il possible de le faire dans le cadre de ce projet de loi sans entraîner des conséquences juridiques immédiates? Il est difficile d'inscrire dans ce projet de loi un amendement stipulant que d'ici deux ans nous nous réunissions et essayons de trouver . . .

Mme Harding: Je crois qu'on pourrait le prévoir dans les règlements. Les gouvernements provinciaux et fédéral ont des ententes sur pratiquement tout; il n'y a pas de véritable différence ici.

[Texte]

As to the immediate legal implications in terms of, say, an infringement of jurisdiction, I doubt that the provinces would argue successfully that it is an infringement of jurisdiction. However, we are not constitutional lawyers.

Mr. Blaikie: I am not worried about it being an infringement of jurisdiction. The jurisdictional question aside, all I am saying is take some province where physiotherapy is not an insured service at this time. In some provinces it is and in some provinces it is not, but let us take a province where it is not.

Ms Harding: Like Ontario.

Mr. Blaikie: Suppose we change "medical practitioner or dentist" to "health care practitioner" and we do that throughout the Bill as has been suggested. The day after the Bill becomes law I walk into the office of a physiotherapist and I say I have sore ribs or whatever and I get a treatment for that. I have not been referred by the Workmen's Compensation Board or by anybody else; I am on my own. I get charged for that service. Is that province in violation of the Canada Health Act? That is what I am asking.

Mr. Jamieson: It would be in that case. I do not know if Michèle has more to say, but I just wanted to say that . . .

Mr. Blaikie: [Inaudible—Editor]

Mr. Jamieson: —to put everyone on the basis of fee for service would be a terrible mistake because actually fee for service is probably the heart of the whole problem in the medicare system. So obviously there needs to be an option of salary and fee for service. Dr. Schroder heard this in Nova Scotia at a forum he attended. So that kind of option has to be built in.

In our recommendation 5 we recommend expanded practitioners, but recommendation 6 recommends expanding the settings. So the only way you will avoid that great dilemma is to . . . What you want is a physiotherapist working in a community health clinic setting, so you have to recognize that the 6 and 5, if you will excuse the expression, are tied together in our recommended changes.

Mr. Blaikie: That does not make me feel very good.

Mr. Jamieson: I am saying that we have to create a setting that will allow for this flexibility so not everyone is on fee for service.

Ms Harding: We concur with that, and, in answer to your question, if you enact this change along with the regulations or the agreement that allows for a period when the status quo is maintained I do not see that you can be charged with dumping additional costs on the province.

We are saying create the opportunity for change and have agreements that set up a process for change.

Mr. Blaikie: Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Mr. Breau.

[Traduction]

Pour ce qui est des conséquences juridiques immédiates, des possibilités de violation de juridiction, disons, je doute que les provinces puissent démontrer qu'il y a violation de juridiction. Toutefois, nous ne sommes pas juristes constitutionnels.

M. Blaikie: Ce n'est pas la question de violation des juridictions qui m'inquiète. Cette question mise à part, il reste que dans certaines provinces la physiothérapie n'est pas un service assuré pour le moment. Dans certaines provinces ce service est assuré, mais prenons une province où ce service ne l'est pas.

Mme Harding: L'Ontario.

M. Blaikie: Supposons que nous remplaçons «médecins ou dentistes» par «professionnels de la santé» et que nous le fassions dans tout le projet de loi comme cela a été suggéré. Le lendemain de la proclamation de la loi, j'entre dans le cabinet d'un physiothérapeute parce que, disons, j'ai mal aux côtes. Je ne suis envoyé ni par la Commission d'indemnisation du travail ni par quiconque d'autre, c'est ma propre décision. Ce service m'est facturé. Est-ce que cette province viole la Loi canadienne sur la santé? C'est la question que je pose.

M. Jamieson: Dans ce cas, oui. Je ne sais si Michèle veut ajouter quelque chose, mais je tenais simplement à dire . . .

M. Blaikie: [inaudible—Éditeur]

M. Jamieson: . . . qu'imposer universellement la rémunération à l'acte serait une grave erreur, car c'est justement cette rémunération à l'acte qui est probablement à la base même de tout le problème que connaît notre système de soins médicaux. L'option du salaire et de la rémunération à l'acte est donc à l'évidence indispensable. C'est ce qu'a entendu dire M. Schroder lors d'une tribune à laquelle il a participé en Nouvelle-Écosse. Cette sorte d'option doit donc être intégrée.

Au numéro 5, nous recommandons un élargissement de la définition de médecin mais le numéro 6 nous recommandons un élargissement de la définition des lieux où ces services sont dispensés. La seule manière d'éviter ce grand dilemme est de . . . Ce que vous voulez, c'est un physiothérapeute travaillant dans un centre de santé communautaire, il ne faut donc pas dissocier nos recommandations 6 et 5.

M. Blaikie: Cela ne me rend pas très à l'aise.

M. Jamieson: Il faut créer un environnement qui permettra cette latitude afin que tous ne soient pas soumis à la rémunération à l'acte.

Mme Harding: Nous sommes tout à fait d'accord, et pour répondre à votre question, si vous légiférez cette modification de concert avec les règlements ou la convention permettant le maintien du statu quo pendant une certaine période, je ne vois pas comment on pourrait vous accuser d'imposer des dépenses supplémentaires à la province.

Nous vous disons: créez cette possibilité de modification et concluez des ententes permettant ce processus de modification.

M. Blaikie: Merci.

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

Monsieur Breau.

[Text]

• 1715

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I am very happy a part of the provincial health coalitions has been able to come here today to a second meeting. I think their support to this Bill is extremely important; I want to thank them for it.

I am interested in their idea for continuing dialogue. Would they agree with me that this kind of a dialogue would probably not succeed? First of all, I think we agree you could not have a dialogue until you settled the questions that are raised in Bill C-3, because people will be diverted to discuss other things. But it seems to me there are two conditions that would have to be met for this dialogue to work. First it should be hooked somehow to some political examination—I do not want to mention the words “parliamentary committee” because I may be subjective... which would include a reporting system and an accountability which would be very firm; because the danger with dialogues or with forms is that they just become debating societies. I do not think you will get the providers, all of the players, consumers, the provincial governments and the federal government very interested in the process if it turns out to be a debating society. Would you agree with me one of the conditions would have to be that it be hooked somehow to a political examination of what is being said, so that it could become a gentle pressure on the system, which hopefully would prevent us from getting into federal-provincial conflicts?

The second condition would be that somehow you would have a term which would be just about the same term as the fiscal arrangements. In other words, we all know the fiscal arrangements will be up for review in 1987—a new Bill will have to be passed because the present Act ends on March 31, 1987—and either you want to use that term, that date where something would have to be resolved either positively or negatively. In other words, the federal role could either be an incentive to get the process of change going, or it could be a threat that unless certain things are done the fiscal arrangements could be modified. Would you agree with me that unless you have those two basic conditions, the process probably would not be fruitful?

Ms Harding: I think I agree in principle. I think we would have to be careful as to what we define as dialogue, because having lived in Ontario for a while I have discovered the Ontario government is capable of dialoguing anybody to death without ever actually saying anything. So you are right, it has to be a meaningful process.

Mr. Breau: I have witnessed that before.

Ms Harding: It has to be a meaningful process. There has to be agreed on goals and objectives, and there has to be real commitment. As to how to get the provinces to participate, there are two things. Obviously the federal policy can be both an incentive and a threat. But also I want to pick up on the concept that it is also a political process, because one of the things I hear doctors talking about a lot is that health is not political, it is medical, technical or financial. To that we say “bunk”; health is one of the most political decisions we will make because our policies and programs are choices, they are

[Translation]

M. Breau: Merci, monsieur le président. Je suis très heureux qu'une partie des coalitions provinciales de la santé aient pu revenir aujourd'hui pour une deuxième réunion. L'appui qu'ils apportent à ce projet de loi est extrêmement important et je tiens à les remercier.

Leur idée de dialogue continue d'intéresser. Ne pensez-vous pas comme moi que ce genre de dialogue serait probablement voué à l'échec? Premièrement, je crois que nous sommes d'accord pour dire que ce dialogue ne pourra avoir lieu tant que nous n'aurons pas réglé les questions soulevées par le Bill C-3 car elles préviendront la discussion de toute autre chose. Il me semble que deux conditions doivent être remplies pour que ce dialogue puisse avoir lieu. Premièrement il faudrait que cela soit rattaché d'une manière ou d'une autre à un contrôle politique—je ne parlerai pas de «comité parlementaire» car je pourrais faire preuve de subjectivité—avec dépôt de rapport et examen très serré car le danger des dialogues ou des tribunes c'est qu'ils se transforment très vite en débats contradictoires. Je ne pense pas que les professionnels, les usagers, les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral s'y intéresseront si cela se transforme en débat contradictoire. Ne pensez-vous pas comme moi qu'une des conditions serait que cela soit soumis d'une manière ou d'une autre à un contrôle politique afin que les pressions ainsi exercées préviennent des conflits fédéral-provinciaux?

Deuxièmement, il faudrait un mandat similaire à celui des accords fiscaux. En d'autres termes, nous savons tous que les accords fiscaux seront soumis à révision en 1987—un nouveau projet de loi devra être adopté car la loi actuelle expire le 31 mars 1987—et que la durée de ce mandat soit la même ou non, il faudrait qu'une date soit fixée à laquelle les résolutions positives ou négatives soient prises. En d'autres termes, ce processus de changement serait à la fois encouragé et menacé par le fédéral dans la mesure où si certaines choses ne sont pas faites les accords fiscaux pourraient être modifiés. Ne conviendrez-vous pas que tant que ces deux conditions essentielles ne seront pas remplies, cet exercice sera probablement infructueux?

Mme Harding: Je pense être d'accord sur le principe. Il faudrait cependant définir avec soin ce que l'on entend par dialogue car ayant vécu en Ontario pendant un certain temps, j'ai découvert que le gouvernement de cette province était capable de dialoguer jusqu'à ce que mort s'ensuive sans pratiquement jamais rien dire. Vous avez parfaitement raison, il ne faut pas que cet exercice soit vain.

M. Breau: Je l'ai déjà constaté.

Mme Harding: Il ne faut pas que cet exercice soit vain. Il faut qu'il y ait accord sur les objectifs et il faut qu'il y ait engagement véritable. Pour ce qui est de la participation des provinces, il y a deux choses. Il est évident que la politique fédérale peut procéder à la fois de l'encouragement et de la menace. Vous avez également dit que cela relevait du politique et c'est important car une des choses que j'entends souvent dire par les médecins, c'est que la santé ne relève pas du politique, mais du médical, du technique ou du financier. Nous répondons «foutaise»; la santé est une des décisions les plus politiques

[Texte]

not given. So there has to be a public dialogue because obviously some of our politicians are becoming very complacent and are not representing us.

Mr. Breau: This is what I mean by a political examination. What we are doing here today is a political examination. Is that what you mean?

Ms Harding: Yes. This is part of it, but I do not think all of the work that needs to be done can be done by a committee such as this; there has to be other mechanisms put in place. Certainly we should be using our universities better. We should be using our various research institutions better. There must be some contribution, and there is certainly opportunity for contribution, to that kind of development process.

• 1720

Mr. Breau: Just in ending, Mr. Chairman. I thought, first of all, that we had to do what we are doing now. But I have become more convinced in the last three weeks that we have been involved in this debate—and I have been in many forums or discussions on this issue in the last year. And I have become convinced that there is an urgent need. I say, an urgent need, because I do not think the policy agents will have the incentives to change, on their own, given the federal-provincial rapport in our politics, unless there is some kind of an agreed process which involves everybody. I agree with you that unless this is hooked somehow to some political body or some political examination, it probably will not work. But I have become convinced that this is crucial and that the conflict will just continue unless it is done.

I think that the timing may be good because we are already in the second year of these fiscal arrangements, and in a year and a half or two years, in the next Parliament, one of the first things the new Parliament will have to do is to start thinking about the fiscal arrangements of 1987. That has to be a pressure that can be used intelligently.

Mr. Jamieson: I just wanted to say that I think I generally concur that there would have to be a political reality to it. There would have to be good faith, and not the situation that Ontario described. Also I think there needs to be a visible element of independence. We suffered from this. I think we were the first province off the ground with public forums, and you know the whole controversy that came up about how that money was... No, we had been planning since the spring before to hold these forums and then we found out about the money so we just applied for it and that is how we were first off the mark, I suppose.

In Sydney, for example, what happened was this. The event was condemned the night before in the local newspaper, and the editorial did not research the criteria that we had to have all sides represented and all that kind of thing. He was reacting to the Minister's headline that she was only going to fund people that agreed with her or agreed with medicare. So as a result we had 200 people out to our forum, but I wonder how many did not dismiss the event as just a lot of propaganda in one night.

[Traduction]

que nous prenions car nos politiques et nos programmes sont affaire de choix. Il doit donc y avoir dialogue public car de toute évidence, certains de nos politiciens sont devenus très complaisants et ne nous représentent pas.

M. Breau: C'est ce que j'entends par contrôle politique. Nous procédons aujourd'hui à un contrôle politique. Est-ce ainsi que vous l'entendez?

Mme Harding: Oui. En partie, mais je ne pense pas que tout le travail qui doit être fait puisse l'être par un comité comme le vôtre, d'autres mécanismes doivent être mis en place. Nous devrions certes mieux utiliser nos universités. Nous devrions mieux utiliser nos diverses institutions de recherche. D'autres doivent apporter leurs contributions et il est certain que c'est possible.

M. Breau: J'avais tout d'abord pensé que nous devions faire ce que nous faisons maintenant. J'en suis devenu encore plus convaincu après les trois semaines que nous avons consacrées à ce débat—et j'ai participé à de nombreuses tribunes et à de nombreuses discussions au cours de l'année dernière. Je suis maintenant convaincu que le besoin est urgent. Je dis urgent car je ne pense pas que les agents politiques seront incités de leur propre initiative à apporter ces modifications compte tenu des relations fédérales-provinciales à moins qu'une procédure impliquant tout le monde ne soit adoptée. Je pense, tout comme vous, qu'à moins que cela ne soit soumis à une sorte de contrôle politique, cela ne marchera probablement pas. Je suis maintenant convaincu que c'est crucial et que sans cela, le conflit se perpétuera.

Je crois aussi que l'heure est peut-être aussi bonne car nous sommes déjà dans la deuxième année de ces accords fiscaux, et d'ici un an et demi ou deux ans, pendant la prochaine législature, une des premières choses que la nouvelle législature devra faire c'est commencer à penser aux accords fiscaux de 1987. Ce genre de pression peut être utilisé intelligemment.

M. Jamieson: Je conviens d'une manière générale qu'il faudrait y rattacher une réalité politique. La bonne foi et non pas la situation décrite par l'Ontario devrait prévaloir. J'estime également nécessaire un élément visible d'indépendance. Nous en avons souffert. Je crois que nous avons été la première province à ouvrir des tribunes publiques, et vous n'ignorez pas la controverse sur la manière dont l'argent a été dépensé... Non, nous avions prévu depuis le printemps précédent de tenir ces tribunes et lorsque nous avons eu vent de cet argent disponible, nous avons fait une demande et c'est ainsi que nous avons été les premiers à démarrer, je suppose.

A Sydney, par exemple, voici ce qui s'est passé. L'événement a été condamné la veille dans le journal local, et l'éditorialiste n'a pas pris la peine de vérifier les critères nous imposant la représentation de toutes les parties concernées, etc. Ils réagissaient à la déclaration du ministre selon laquelle elle ne financerait que ceux d'accord avec elle ou d'accord avec le Régime de soins médicaux. En conséquence, seules 200 personnes ont participé à notre tribune et je me demande combien ne sont pas venues parce qu'elles pensaient que ce n'était qu'un exercice de propagande.

[Text]

Mr. Breau: Sometimes that is the best publicity you can have. Sometimes I hope I get these kinds of condemnations before meeting my own but maybe that is why you got 200 people. But anyway, I agree with you that it has to be an agreed process. I am not talking about . . .

Mr. Jamieson: The independents.

Mr. Breau: Oh, yes, it has to be an agreed process. But I am not sure the word "independent" is the right one. I think it needs to be balanced. If you are going to have all the players involved, I think you are talking more about balance than independents.

Mr. Jamieson: Yes.

Mr. Breau: The Economic Council of Canada is very independent, in law, but they have become an elite, an intellectual elite, that lives in another ivory tower. They have become too much of an elite. So I think more in terms of balance of the different players and the different agents than I do of independents because independents can sometimes lead to elitism or disinterest.

Mr. Jamieson: I am talking about a perceived independence, so that it is credible.

Mr. Breau: If it is balanced . . .

Mr. Jamieson: And objective, yes.

Mr. Breau: Yes.

Mr. Jamieson: Those elements.

Mr. Breau: Thank you.

The Chairman: Thank you very much. Dr. Halliday.

Mr. Allmand: I want to ask a question.

The Chairman: I am sorry.

We are going to hear Mr. Allmand and Dr. Halliday.

Mr. Allmand: I just have a very short question, Mr. Chairman. Yesterday, outside the meeting, I was told that in Ontario there is no more extra-billing going on now or in the past years than there was at the very beginning. It is just that people have become more aware of it; they are more politically organized to deal with it, like your groups are, and I was surprised. I am from Quebec. We do not have it. I said I thought that in fact more and more doctors were extra-billing and extra-billing on a wider margin. They said no, no; it was always there; it was always done; it is no more prevalent; it is just that the awareness and the politicization of groups is causing the decision to do something about it. Will you please tell me whether this is right or wrong, according to your opinion?

• 1725

Ms Harding: I think that Ontario has always had a level of opting out—whether or not they also extra bill—of around 7% to 10%. In 1979 that went up to 18%. I believe that was just after the ending of the AIB regulations. Since that time it has

[Translation]

M. Breau: Parfois, c'est la meilleure publicité. Parfois, j'espère ce genre de condamnation avant une réunion mais c'est peut-être la raison pour laquelle vous n'avez eu que 200 participants. De toute manière, je conviens avec vous de la nécessité d'un processus agréé. Je ne parle pas . . .

M. Jamieson: Les indépendants.

M. Breau: Oh, oui, il faut que ce processus soit agréé. Je ne suis cependant pas certain que le terme «indépendants» soit le bon. Un certain équilibre est nécessaire. Si vous voulez que tous les intéressés participent, je crois qu'il faut plutôt parler d'équilibre que d'indépendance.

M. Jamieson: Oui.

M. Breau: Le Conseil économique du Canada est très important, juridiquement, mais ses membres sont devenus une élite, une élite intellectuelle qui vit dans une autre tour d'ivoire. Ils sont beaucoup trop devenus une élite. Je pense donc plus en termes de représentation équilibrée des différents intéressés et des différents agents qu'en termes d'indépendants car les indépendants peuvent parfois conduire à l'élitisme ou au désintérêt.

M. Jamieson: Je parle d'indépendance perçue, c'est-à-dire de crédibilité.

M. Breau: S'il y a équilibre . . .

M. Jamieson: Et d'objectivité, oui.

M. Breau: Oui.

M. Jamieson: Ces éléments.

M. Breau: Merci.

Le président: Merci beaucoup. Monsieur Halliday.

M. Allmand: Je veux poser une question.

Le président: Je m'excuse.

Nous entendrons M. Allmand puis M. Halliday.

M. Allmand: J'ai une toute petite question à poser, monsieur le président. Hier, hors de la réunion, on m'a dit qu'en Ontario il n'y a pas plus de surfacturation à l'heure actuelle qu'il n'y en avait au tout début. Tout simplement, les gens en sont devenus plus conscients, ils sont mieux organisés politiquement pour régler ce problème, tout comme vos groupes, et cela m'a surpris. Je suis du Québec. Il n'y en a pas. J'ai dit penser qu'en fait il y avait de plus en plus de docteurs qui surfacturaient et surfacturaient avec une marge de plus en plus grande. Ils m'ont répondu que non, cela avait toujours existé, que cela avait toujours été fait, que cela ne se faisait pas plus qu'avant, que tout simplement c'est la prise de conscience et l'organisation politique de certains groupes qui est la base de la décision de faire quelque chose. Voudriez-vous s'il vous plaît me dire si c'est vrai ou faux selon vous?

Mme Harding: Je crois qu'en Ontario il y a toujours eu de 7 à 10 p. 100 de non conventionnés, qu'ils surfacturent ou non en plus. En 1979, ce pourcentage est monté à 18 p. 100. Tout juste après la disparition de la Commission anti-inflation, je crois. Depuis lors, ce pourcentage a un peu baissé. Une des

[Texte]

dropped a little bit. One of the things we are very aware of is that the level of extra-billing fluctuates with the economy.

Mr. Allmand: What is the number of doctors?

Ms Harding: You are asking about the number of doctors?

Mr. Allmand: Percentage.

Ms Harding: It is very hard to tell what percentage of doctors are extra-billing because in Ontario you have the best of all worlds for doctors. Ontario doctors can extra-bill patients in their private office and they can see patients at the OHIP rates in public hospitals. So in fact they can guarantee themselves an income through the OHIP plan and guarantee themselves a Mercedes through extra-billing.

The collection of data at the provincial level is questionable, in our experience. What we do find though, is that there has been a greater concentration of extra-billing in terms of geographic region and in terms of specialties. For example, in the Toronto area 98% of anaesthetists extra-bill. That includes the ones who earn their living in our publicly funded hospitals. Gynaecology ranges from 93% to 94%. In some communities, I believe Peterborough is an example, doctors never, ever opted into the plan. So there was always that problem. Now the problem is the concentration and not just the numbers. It is also the difference. We hear of extra-billing that ranges 20% to 30% above the OMA rate, which is a good 20% above the OHIP fee schedule. So in some cases we are also talking about a larger amount of money.

I think an example of the impact of that is for you to consider the amount of money that is estimated in extra-billing, about \$50 million in Ontario. When you divide that by the number of doctors who our Health Minister claims are opted out—about 7% or 8% now, forgive me, 13% now—that is a vast amount of money per doctor.

Mr. Allmand: Thank you.

Mr. Jamieson: I just want to make two points. I do not think you were here. Page 4 of our brief deals with the extra-billing, and I just want to speak about the pattern because I know your question was about Ontario.

The first thing I would like to say is that our medical society in Nova Scotia says it is just 3% to 4% of the overall MSI, as we call it, budget. So it is insignificant. It is insignificant maybe statistically, in one sense, but for the low-income person in Nova Scotia—and we have a lot of people in that category—it is not insignificant; \$2, \$5, \$10 is a real burden. That is the perspective from which we are speaking.

As far as whether or not it is getting worse: In the Consumers Association of Canada presentation to this committee, was included this graph showing for 1980-81, 2,800,000 and

[Traduction]

choses dont nous sommes tout à fait conscients est que le niveau de surfacturation fluctue avec l'économie.

M. Allmand: Quel est le nombre de médecins?

Mme Harding: Vous me demandez quel est le nombre de médecins?

M. Allmand: En pourcentage.

Mme Harding: Il est très difficile de dire quel est le pourcentage de médecins qui surfacturent car en Ontario les médecins vivent dans le meilleur des mondes. Les médecins de l'Ontario peuvent surfacturer leurs patients dans leur cabinet privé et ils peuvent voir des patients aux tarifs de l'OHIP dans les hôpitaux publics. Ils peuvent donc en fait se garantir eux-mêmes un revenu grâce au régime de l'OHIP et se garantir une mercedes grâce à la surfacturation.

Selon notre expérience, le recueil de données au niveau provincial est contestable. Nous constatons cependant qu'il y a une plus grande concentration de surfacturation selon les régions géographiques et selon les spécialités. Par exemple, dans la région de Toronto, 98 p. 100 des anesthésistes surfacturent. Cela inclut ceux qui gagnent leur vie dans nos hôpitaux publiquement financés. Pour les gynécologues, cela va de 93 à 94 p. 100. Dans certaines communautés, à Peterborough, je crois, par exemple, les médecins ne se sont jamais conventionnés. Le problème a donc toujours existé. Il s'agit donc plus d'un problème de concentration que d'un problème de simple nombre. Cela fait également la différence. Nous entendons aussi parler de surfacturation dépassant de 20 à 30 p. 100 le taux fixé par l'Association médicale de l'Ontario qui lui-même est facilement 20 p. 100 supérieur au taux de l'OHIP. Dans certains cas, il s'agit donc également de sommes d'argent plus importantes.

Je crois qu'il suffit de considérer la somme représentée par la surfacturation et qui est estimée à environ 50 millions de dollars pour l'Ontario. Lorsque vous la divisez par le nombre de médecins qui selon notre ministre de la Santé se sont déconventionnés—environ 7 ou 8 p. 100 actuellement, je m'excuse, 13 p. 100 actuellement—cela fait beaucoup d'argent par médecin.

M. Allmand: Merci.

M. Jamieson: Je tiens simplement à dire deux choses. Je ne crois pas que vous étiez présent. La page 4 de notre mémoire traite de la surfacturation, et je voudrais vous en parler car je sais que votre question portait sur l'Ontario.

La première chose que j'aimerais dire est que notre société médicale de Nouvelle-Écosse dit que cela représente tout juste 3 à 4 p. 100 de plus que le budget général du MSI, comme nous l'appellons. C'est donc insignifiant. Statistiquement, c'est peut-être insignifiant, dans un sens, mais pour les personnes à faible revenu de Nouvelle-Écosse—et nous en avons beaucoup dans cette catégorie—ce n'est pas insignifiant; 2\$, 5\$, 10\$ sont une charge réelle. C'est dans cette perspective que nous nous exprimons.

Quant à savoir si cela empire ou non: Dans son exposé à votre Comité, l'Association canadienne des consommateurs avait inclus ce graphique indiquant 2,800,000 pour 1980-1981

[Text]

3,000,012 for 1981-82. I do not think we have the figures beyond that, at this stage. That has been the pattern in increasing numbers. So to us it is the classic description; it is the classic example of an erosion. It is getting worse and worse, and I think there is no reason why more will not jump on the bandwagon once they see it as acceptable, if it is not done. It is the strongest single reason why we back the proposed Canada Health Act. We really see this in Nova Scotia as "the" problem of accessibility.

Ms Olson: In Alberta they will tell you that it is only a very small percentage of the services that are extra-billed. The problem is that one of the extra-billed major services is the office visit. It would be different if it was some exotic procedure that was performed very rarely, but the problem is that if a doctor extra-bills chances are that it is for an office visit and that means it hits everyone he sees.

• 1730

Mr. Allmand: In Alberta does the doctor have to warn you when you come in that he is overbilling? I believe in Ontario they have to tell you.

Ms Olson: Yes, he has to tell you before he sees you. However, we have actual records in our files to suggest that a person is given their pre-op hypo before surgery; they are half in, half out of consciousness; the anaesthetist walks in the door and says: By the way, there will be an extra—whatever. Are you going to say that you are taking your suitcase and going home?

Ms Harding: That is our experience in Ontario as well.

Mr. Allmand: Really?

Ms Harding: Despite the regulation in Ontario requiring prior notification, that sometimes consists of a sign on the office wall, or with anaesthetists quite often . . .

Mr. Blaikie: They tell you just before you go under.

Ms Harding: That is right. And who is going to argue with a doctor who is going to operate on you? That is insane. That is incredibly intimidating. Nobody will do that.

Mr. Allmand: Was it your coalition that made the recommendation to us the other day that you would like to compile a list of the doctors who do not extra-bill and publicize that? One of the witnesses . . .

Ms Olson: [*Inaudible—Editor*] is presently doing that. The Unemployment Action Centres are going to be involved, hopefully, all around the province in doing the kind of survey that Calgary did. Calgary's intention is simply to take the list and publish it, in which they have ticked off that this guy extra-bills and this guy does not. The list will be available by specialty so you can slip through it quickly and find an EENT person or whatever specialty you want.

The difficulty is, of course, that the coalitions or the groups are very much afraid that they are going to be sued for defamation of character or whatever. However, our position is

[Translation]

et 3,000,012 pour 1981-1982. Je ne crois pas que nous ayons les chiffres pour l'année suivante pour le moment. C'est donc l'évolution qu'a suivie cette augmentation. Pour nous, c'est donc la description classique, c'est l'exemple classique d'une érosion. Cela devient de pire en pire, et je ne pense pas qu'il y ait de raison pour laquelle d'autres ne feront pas la même chose quand ils le considéreront acceptable. C'est la raison la plus forte et la plus simple pour laquelle nous appuyons le projet de loi canadien sur la santé. En Nouvelle-Écosse, nous considérons cela comme «le» véritable problème d'accessibilité.

Mme Olson: En Alberta, ils vous diront que seul un tout petit pourcentage des services font l'objet de surfacturation. Le problème est qu'un des principaux services surfacturés est celui de la simple visite au cabinet. Ce serait différent s'il s'agissait d'une procédure exotique offerte en de très rares occasions, mais le problème demeure que si un médecin surfacture il y a de fortes chances pour que cela soit lors des visites à son cabinet et cela signifie que tous ceux qu'il voit sont surfacturés.

M. Allmand: En Alberta, est-ce que le médecin doit vous avertir lorsque vous venez le voir qu'il surfacture? Je crois qu'en Ontario, il doit vous le dire.

Mme Olson: Oui, il doit vous le dire avant de vous examiner. Cependant, nos dossiers nous montrent qu'on reçoit sa piqûre pré-opératoire avant toute opération chirurgicale; ces personnes sont à moitié conscientes; l'anesthésiste entre et dit: À propos, je surfacture. Est-ce que vous allez prendre votre valise et rentrer chez-vous?

Mme Harding: C'est la même chose en Ontario.

M. Allmand: Vraiment?

Mme Harding: Malgré le règlement de l'Ontario exigeant un préavis, cela se réduit parfois à une affiche sur le mur du cabinet, ou avec les anesthésistes très souvent . . .

M. Blaikie: Ils vous le disent juste avant que vous tombiez dans les pommes.

Mme Harding: Exactement. Qui va discuter avec un médecin qui est sur le point de vous opérer? C'est insensé. C'est incroyablement intimidant. Personne ne le fait.

M. Allmand: Est-ce votre coalition qui nous a recommandé l'autre jour de dresser la liste des médecins qui ne surfacturent pas et de la publier? Un des témoins . . .

Mme Olson: [*Inaudible—Editeur*] le fait actuellement. Les Centres d'action chômage dans toute la province, nous l'espérons, doivent se livrer au même genre d'enquêtes que Calgary. L'intention de Calgary est simplement de dresser cette liste et de la publier, indiquant que tel ou tel médecin surfacture ou ne surfacture pas. La liste sera disponible par spécialité et vous pourrez donc la consulter rapidement et trouver le médecin ou le spécialiste que vous voulez.

Le problème, bien entendu, est que les coalitions ou les groupes ont très peur d'être poursuivis pour diffamation. Cependant, notre intention est de nous défendre collectivement

[Texte]

that we intend to stand together and simply say that we are attempting to make information available.

The other problem, of course, is that doctors are not allowed to advertise whether or not they extra-bill themselves.

Mr. Allmand: Get the MPs to put the list in their constituency bulletin.

Ms Harding: Then you can be sued.

Mr. Allmand: Do it and see.

Ms Johnston: That whole system is just very intimidating in today's society where we have so many seniors and so many poor people, unemployed people. What senior who is living on a fixed income at an age over 65 where health is declining who has had a doctor for 20 years is suddenly going to start looking at the sign on the wall and saying that he had better, as Michèle said, pack his bags and start going down the street or getting on the telephone and finding someone else to care for him when he has had complete confidence for 20 years in his physician? We absolutely cannot do that to people.

Mr. Allmand: I agree.

Do you have a coalition in Quebec yet?

Ms Harding: No.

Mr. Allmand: We are from Quebec and we hear there is no extra-billing. I was showing some of my colleagues a letter I got this morning from a woman whose husband just died. From the *Centre hospitalier thoracique de Montréal*, which is the Montreal Chest Hospital, the bill for her husband in November was \$850; the bill for December was \$383; the bill for January was \$797. He died in February; she is going to be relieved. This is an old age pensioner. Those are user charges in one of our principal hospitals for a man who had a damaged heart. This is acute care, but he was there for five months.

Mr. Jamieson: I would just say that in Cape Breton we are wrestling with this whole question of whether service can be denied. If you go in up front and say that you are not paying any extra-billing, and that is clear right off the bat . . . Now, perhaps not for a general practitioner, but what about an anaesthesiologist or whatever; that is the classic example we hear about in the newspaper. That seems to be the pressure point, and I think seniors particularly suffer from that. Again, I think an independent Canadian health council could provide this kind of research, which we just do not have the resources to do, on extra-billing and the impact it has.

The Chairman: Thank you, Mr. Allmand. I have Dr. Halliday, and then I guess the bell will be ringing for a vote at about 5.45 p.m. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

It certainly has been interesting to hear our three coalition groups this afternoon. I guess it is only fair to say that sometimes credibility is lost a little if facts are not given—if it is either deliberate misrepresentation or otherwise as to figures and so on—that credibility for the good part of the report can

[Traduction]

en disant simplement que nous essayons de rendre certains renseignements disponibles.

L'autre problème, bien entendu, est que les médecins ne sont pas autorisés à faire savoir si eux-mêmes surfacturent ou non.

M. Allmand: Demandez aux députés de publier eux-mêmes cette liste dans leur bulletin de circonscription.

Mme Harding: C'est vous qui serez poursuivi.

M. Allmand: Faites-le et nous verrons.

Mme Johnston: Tout le système est très intimidant dans la société d'aujourd'hui où il y a tant de personnes âgées, d'indigents et de chômeurs. Quelle personne âgée à revenu fixe et de plus de 65 ans dont la santé décline et qui voit le même médecin depuis 20 ans va tout d'un coup commencer à regarder l'affiche sur le mur et dire qu'il ferait mieux, comme Michèle l'a dit, de plier bagages et commencer à chercher dans la rue ou dans l'annuaire quelqu'un d'autre pour s'occuper de lui alors que cela fait 20 ans qu'il fait entièrement confiance à ce médecin? Nous ne pouvons absolument pas le faire à ces gens.

M. Allmand: Je suis d'accord.

Est-ce que vous avez une coalition au Québec?

Mme Harding: Non.

M. Allmand: Nous sommes du Québec et on nous dit qu'il n'y a pas de surfacturation. Je montrais à certains de mes collègues une lettre que j'ai reçue ce matin d'une femme dont le mari vient tout juste de mourir. Elle a reçu du Centre hospitalier thoracique de Montréal une facture pour son mari en novembre de 850\$, une facture de 383\$ pour décembre et de 797\$ pour janvier. Il est mort en février; elle sera soulagée. Il s'agit d'un retraité. Ce sont des frais supplémentaires dans un de nos principaux hôpitaux pour un homme dont le cœur était en mauvais état. Il s'agit de soins intensifs, mais il y a été pendant cinq mois.

M. Jamieson: J'aimerais simplement dire qu'à Cap Breton, nous nous battons sur toute cette question de savoir si des services peuvent être refusés. Si vous dites immédiatement que vous ne payerez pas de surfacturation, et que tout est clair dès le départ . . . Peut-être pas pour un médecin généraliste, mais que se passe-t-il dans le cas d'un anesthésiste par exemple; c'est l'exemple classique dont on parle dans les journaux. Il semble que c'est là que cela compte le plus et je crois que les personnes âgées en souffrent tout particulièrement. Encore une fois, je pense qu'un Conseil canadien de la santé indépendant pourrait faire ce genre de recherche que nous ne pouvons pas faire par manque de fonds sur la surfacturation et son impact.

Le président: Merci, monsieur Allmand. Il me reste M. Halliday, et ensuite je pense que la cloche sonnera pour un vote à environ 17h45. Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Entendre ces trois groupes de coalition cet après-midi a certainement été intéressant. Je crois pouvoir dire que parfois la crédibilité perd un peu de sa force si les faits ne sont pas donnés—qu'il s'agisse de fausses représentations délibérées ou non quant aux chiffres, etc.—que la crédibilité pour une bonne

[Text]

be lost. For instance I think I understood the lady from Calgary to say, just a minute ago, that the number of services rendered by extra-billing in Calgary or in Alberta is relatively low—I think you said—but unfortunately it was mostly in office visits. Is that correct? Did you say that?

• 1735

Ms Olson: Yes. This was a result of the surveys we did in Edmonton, as well as in Calgary and a few other centres. We asked the question over the telephone: Do you extra bill or not, yes or no? We used the word "balance bill" because that is the term the physicians prefer. Of the people who said yes, we asked: For which services do you balance bill? In their own language the word was for office visits, and then for things like third-party medicals and so forth. We also asked the question: How much do you balance bill for these particular services?

By far the most common service extra-billed was the standard office procedure; that is, if you make an appointment to come in the door, you are balance-billed. In some cases you are balance-billed every time you see the physician even if it happens to be a repeat-visit, and in some cases you are balance-billed only for the first visit, and if you have to come back to get a medication checked or whatever, you are not balance-billed subsequent times.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the witness has not answered my question. What I want to know is: Did you not say the number of services that were extra-billed are relatively low? What is the figure? You probably know; I do not know, but what is it?

Ms Olson: I think it is around 45%. Physicians perform a number of services, right? On the fee schedule it says—and maybe you know these figures better than I do—if you perform an appendectomy, you get so much. Then on the Alberta fee schedule there is also a particular little place where it says: x number of dollars for an office visit; any office visit, just the fact that you happen to see an individual in your office allows you to collect x amount. From that big long list of services, the one item that is extra-billed the most commonly is the office-visit category.

Mr. Halliday: Of course the most common item performed on the whole schedule of fees would be the office visit, so you would expect that to be the case.

Ms Olson: You might. You might also say that rather than extra-billing for office visits you might only extra-bill for really delicate, highly complicated technical procedures.

Mr. Halliday: Mr. Chairman we have now had three weeks of this kind of hearing, and it has been most interesting; you begin to get a perspective on the whole thing. I guess it is almost self-evident to say that the committee has heard

[Translation]

partie du rapport peut se perdre en route. Je crois, par exemple, que la dame de Calgary vient de dire qu'il y a relativement peu de services offerts à Calgary ou en Alberta qui fassent l'objet de surfacturation—je crois que c'est ce que vous avez dit—mais que, malheureusement, il s'agit pour la plupart de consultations qui ont eu lieu dans le bureau du médecin. Est-ce exact? Est-ce bien ce que vous avez dit?

Mme Olson: Oui. Cette conclusion est fondée sur les résultats d'un sondage que nous avons effectué à Edmonton, à Calgary et dans certaines autres villes. Le sondage a été effectué au téléphone et nous avons posé la question suivante: Faites-vous de la surfacturation, oui ou non? Nous avons employé le terme «facturation complémentaire», parce que c'est là l'expression que les médecins préfèrent. À ceux qui ont répondu par l'affirmative, nous avons demandé de quels services il s'agissait. Ils ont parlé de consultations qui ont lieu dans le bureau du médecin, d'examen médicaux effectués au nom d'un tiers, etc. Nous avons également demandé à combien la facture complémentaire s'élevait pour les services en question.

Le service qui faisait le plus souvent l'objet de la surfacturation était le service normalement offert par un médecin lorsqu'on le consulte dans son bureau; c'est-à-dire, on prend rendez-vous et on reçoit une facture complémentaire. Tantôt on reçoit une facture complémentaire chaque fois qu'on prend rendez-vous, même s'il s'agit d'une visite de contrôle; tantôt on ne reçoit de facture complémentaire qu'à la suite de la première consultation et s'il faut revenir pour faire vérifier ses médicaments ou pour autre chose, on ne reçoit pas de facture.

M. Halliday: Monsieur le président, le témoin n'a pas répondu à ma question. Vous avez dit, n'est-ce pas, qu'il y a relativement peu de services qui fassent l'objet de surfacturation. Quel est le pourcentage? Vous le savez probablement; moi, je l'ignore, mais je voudrais bien le savoir.

Mme Olson: Je crois qu'il s'agit d'environ 45 p. 100. Les médecins offrent un certain nombre de services, n'est-ce pas? Le tarif stipule que—et vous connaissez peut-être les chiffres mieux que moi—que pour un appendicectomie, vous recevez tant. Le tarif de l'Alberta fixe aussi le prix d'une consultation; vous donnez une consultation dans votre bureau et vous avez le droit de réclamer un certain montant. De cette longue liste de services, celle qui fait le plus souvent l'objet de la surfacturation est justement la consultation.

M. Halliday: C'est normal, étant donné que c'est ce qu'il y a de plus courant.

Mme Olson: C'est possible. Mais la surfacturation pourrait aussi se limiter à des procédures difficiles, complexes et hautement techniques, plutôt qu'à des consultations.

M. Halliday: Depuis trois semaines déjà, monsieur le président, nous entendons des témoignages de ce genre. Ils ont été fort intéressants; on commence à bien comprendre l'affaire. Ce n'est presque pas la peine de dire que les témoins que nous

[Texte]

basically three groups throughout the course of these three weeks. One group—I am pleased to say because they have been the ones who have been least heard in the past—is a consumer group. The other group would be the provider group, the physicians and other practitioners; the third group is governments, by and large. Each of the three groups naturally has its own vested interests in this Bill, so they tend to stress that particular vested interest they each have.

The interesting thing is that most of those three groups also have another interest for one reason or another, and I suppose in your case, being a consumer group, one of the interests—at least one or more of you must have, I am sure—is the interest that derives from being a person who enjoys the protection of collective-bargaining rights in the union situation; you would have some knowledge of that.

I am naturally a little disappointed that with the imposition this Bill will have on the bargaining rights for physicians—among other things... that your group has not at all addressed the problem of what we do to physicians to compensate them for their loss.

Mr. Justice Emmett Hall who was mentioned previously is looked to by most people as being the father of medicare, and I am sure your group respects most of his suggestions. He very much stressed here just a couple of weeks ago the importance of having—along with the banning of extra-billing—something to compensate the providers of health care since they were going to be losing something in terms of bargaining rights. I do not think either of your three briefs today addressed that at all, and I would be interested to know what your views are on that.

Ms Harding: First of all the banning of extra-billing does not do anything to the bargaining rights of doctors that is not done to the rights of any other worker in this society.

Mr. Halliday: That is an opinion.

Ms Harding: Well that is an opinion, and that is our opinion. I think we have to recognize that doctors have tremendous bargaining rights. At this point what we see is that doctors will engage in negotiations, we will come to an agreement on that negotiation—and those are not ungenerous agreements; I think that is a very important thing to recognize—then we see that we keep the agreements, but they do not have to. If they do not like it they can choose to do anything else. But they still demand access to the benefits which that negotiation and that system provide them. I think that is very unfair.

• 1740

We support absolutely the right of doctors to bargain, but we want bargaining in good faith on both sides. We do not see at this point that the system involves bargaining in good faith from doctors.

[Traduction]

avons entendus se divisent en trois groupes. Le premier—et je suis ravi que nous les ayons entendus, parce qu'ils ont été négligés jusqu'ici, est celui des consommateurs. Le deuxième groupe représentait ceux qui offraient les services: les médecins et les autres praticiens. Le troisième représentait les divers gouvernements. Chacun de ces trois groupes défend, bien sûr, ses propres intérêts.

Il est intéressant de constater, cependant, que chacun de ces groupes a aussi d'autres intérêts à défendre. Vous, qui représentez les consommateurs, défendez, j'en suis certain, les intérêts de ceux qui font partie d'un syndicat et qui ont donc le droit de participer à des négociations collectives; vous en savez sûrement quelque chose.

Le projet de loi aura des répercussions, entre autres, sur le droit des médecins de participer à des négociations collectives et je suis naturellement un peu déçu que votre groupe ne se soit pas préoccupé de ce que l'on pourrait faire pour compenser cette perte.

On a mentionné tout à l'heure le juge Emmett Hall, qui est considéré par la plupart des Canadiens comme étant le père du régime d'assurance-maladie et je suis certain que votre groupe reconnaît la validité de la majorité de ses recommandations. Lorsqu'il a comparu devant le Comité il y a quelques semaines, il a beaucoup insisté sur le fait qu'il fallait non seulement interdire la surfacturation, mais aussi prendre des mesures pour indemniser les médecins, qui perdraient, dans une certaine mesure, le droit de participer à des négociations collectives. Mais dans les trois mémoires que vous avez déposés aujourd'hui, vous ne parlez pas du tout de cet aspect-là de la question et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Harding: Si l'interdiction de la surfacturation avait des répercussions sur le droit des médecins de participer à des négociations collectives, d'autres mesures que nous avons prises ont eu des répercussions sur les droits des autres travailleurs.

M. Halliday: C'est là une opinion.

Mme Harding: Justement. Et c'est celle que nous défendons. Il faut reconnaître qu'en ce qui concerne la négociation, les médecins ont des droits considérables. Les médecins participent à des négociations et il y a une entente—une entente en vertu de laquelle les médecins ne sont pas trop mal payés; je crois qu'il est important de reconnaître qu'alors que nous, nous respectons ces ententes, les médecins ne sont pas tenus de les respecter. S'ils n'aiment pas les conditions, ils peuvent faire ce qu'ils veulent. Mais ils veulent toujours avoir accès aux bénéfices qui découlent des négociations et du système. Je crois que c'est très injuste.

Nous appuyons le droit des médecins de participer à des négociations collectives, mais nous voulons que les deux parties fassent preuve de bonne foi. Nous ne croyons pas que, dans les négociations, les médecins fassent preuve de bonne foi.

[Text]

Mr. Halliday: Ms Harding, I assume that under Bill C-3 there would be an opportunity for bargaining in good faith. Justice Hall stressed this very extensively on more than one occasion. I do not know why there could not be bargaining in good faith. Assuming that does take place, as we have seen in Quebec in the past and in many European countries, when you do have that bargaining in good faith, you then end up with an arbitration decision or a conciliation decision that is unacceptable to the providers and you have a strike. How do you feel about that as being a lack of accessibility to health care?

That worries me, quite frankly, because as a professional I abhor strikes, particularly in the essential services, but unfortunately we are not in that position. We have not moved that far in our society in Canada yet. But what I foresee coming down the road in Canada is what we have already seen in Quebec, and we see it quite frequently in other countries, and to me that will be a much more serious barrier to accessibility than anything we have ever seen in Canada yet. Quite frankly, it is not a very funny situation, Ms Harding.

Ms Harding: I think we have a different . . .

Mr. Halliday: I am very concerned about it.

Ms Harding: We are too.

The Chairman: Order, please. Mr. Jamieson, a brief comment.

Mr. Jamieson: I would like just to say that I would be interested to know what you mean. I think Alberta has something to say, but I want to intervene early. What do you mean by our vested interest? What would our vested interest be? It is not clear to me.

Mr. Halliday: You are here today talking on behalf of a consumer—including myself: I am a consumer of health services. I am glad you are here, and I think it is very appropriate you should be here. As I said there are the three types: the consumer, the provider and the . . .

Mr. Jamieson: But what do we gain from this? I do not understand. I mean, it is clear what the medical society would gain.

Mr. Halliday: You must be gaining something or you would not be here telling us about this. Surely you have to gain something.

Mr. Jamieson: But I think that is distinct from vested interest. I think we are relatively disinterested.

Mr. Halliday: Consumers all have a vested interest when they are dealing with a third party.

Mr. Reid (St. Catharines): Relatively is a good term.

Mr. Halliday: If you stand to gain, I suppose I stand to gain; we all stand to gain.

Mr. Blaikie: You have a very liberal view of the world: everybody has interests . . .

[Translation]

M. Halliday: Je suppose, madame Harding, que le projet de loi C-3 permettrait de négocier en toute bonne foi. M. le juge Hall a insisté là-dessus à plus d'une reprise. Je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas y avoir de bonne foi. Supposons que le projet de loi est adopté et que l'on négocie de bonne foi, comme on fait au Québec et dans beaucoup de pays européens. On finit par avoir recours à l'arbitrage ou à la conciliation; la décision rendue est inacceptable à ceux qui offrent les services et il y a une grève. Ne croyez-vous pas que les grèves réduisent l'accessibilité?

Je vous avoue que cette possibilité m'inquiète, car, en tant que professionnel, je déteste les grèves, surtout lorsqu'il s'agit de services essentiels. Mais, malheureusement, nous ne sommes pas encore rendus là. Nous ne sommes pas encore allés aussi loin. Mais je prévois qu'on aura au Canada le régime qu'on a déjà au Québec et dans bien d'autres pays et que l'accessibilité sera encore plus menacée qu'elle l'a été par d'autres mesures. Franchement, madame Harding, cela n'est pas drôle.

Mme Harding: Nous ne sommes pas . . .

M. Halliday: Cela m'inquiète profondément.

Mme Harding: Nous aussi.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Jamieson, pour une courte intervention.

M. Jamieson: J'aimerais bien savoir ce que vous voulez dire. Je crois que les représentants de l'Alberta ont quelque chose à dire, mais je voudrais d'abord demander une précision. Vous avez dit que nous avons des intérêts à défendre. Lesquels? Qu'entendez-vous par là? Je ne comprends pas.

M. Halliday: Vous représentez les consommateurs, dont moi: je suis consommateur des services de santé. Je suis content que vous soyez là, je crois que c'est tout à fait approprié. J'ai dit qu'il y avait trois groupes principaux: les consommateurs, les médecins et les . . .

M. Jamieson: Mais qu'avons-nous à y gagner? Je ne comprends pas. Quant aux médecins, on voit bien ce qu'ils ont à y gagner.

M. Halliday: Si vous n'aviez rien à y gagner, vous n'auriez pas comparu. Vous avez certainement quelque chose à y gagner.

M. Jamieson: Mais ce n'est pas la même chose que de défendre nos intérêts. Je crois que nous sommes relativement désintéressés.

M. Halliday: Tous les consommateurs ont des intérêts à défendre lorsqu'il s'agit de traiter avec une tierce partie.

M. Reid (St. Catharines): Relativement, c'est le mot qui convient.

M. Halliday: Si vous avez quelque chose à y gagner, je suppose que, moi aussi, j'ai quelque chose à y gagner; nous avons tous quelque chose à y gagner.

M. Blaikie: Voilà une perspective très libérale: tout le monde a des intérêts . . .

[Texte]

Miss Kotani: One point I guess I could make about doctor's strikes is this: When that was suggested by the CMA, the Alberta Medical Association responded by saying that most of their members would not support a strike action. So I do not think that any call for a strike, or any kind of breakdown, would be wholly supported—at least by the physicians in Alberta. I think that the position of the leadership of the medical association in Alberta reflects that. I do not think it would ever come to that situation simply because the majority of physicians who practice in this country support medicare and are happy to practice within its guidelines. A call for strike action, I think, really is like waving a red flag and unduly alarming consumers.

The Chairman: Your final question, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: A final question—I have so many here.

I guess the one I will probably choose is a comment on Ms Harding's reference to health care being political. How do you then go about achieving your ends. There have been polls done—perhaps you are not aware of the polls, but one poll asked and listed about eight professionals in eight vocations, including clergy, including physicians, including politicians—there were about eight—and the very top . . .

• 1745

Mr. Breau: You have dropped, as you are a politician.

Mr. Halliday: Yes. The very top of that list, as to who is trusted the most, are physicians. At the very bottom of the list are politicians. A similar but different poll asked: Who do you feel is best able to look after your interests in the health care field?—and the highest ranking of anybody were physicians. That is . . .

Ms Harding: That is not surprising. Doctors have been telling us that for 200 years.

Mr. Halliday: No, I am telling you what the people say. It is not what doctors say. It is . . .

Ms Harding: Of course.

Mr. Halliday: —what the people are saying, and you said it was political.

Ms Harding: People say what they are socialized to understand. Certainly one of the greatest concerns is that we have placed doctors in an unreasonably high position and we make unreasonable demands in some of those situations.

I also point out that, a little while back, before birthing became a medical practice, most women would have trusted district nurses or midwives to perform that operation, rather than doctors. There has been change. The same kinds of things occurred during the changeover from witch doctors to medical doctors. We all go through change or we all go through different attitudes, in terms of understanding. We have held doctors in high esteem for a very, very long time . . .

[Traduction]

Mlle Kotani: Pour ce qui est des grèves des médecins, je tiens à faire la remarque suivante: lorsque l'A.M.C. a proposé que les médecins fassent la grève, l'Association des médecins de l'Alberta a dit que la plupart de ses membres ne seraient pas d'accord. Je ne crois donc pas que, s'il était question de faire la grève ou d'interrompre le service, les médecins de l'Alberta l'acceptent entièrement. Et la position prise par l'Association des médecins de l'Alberta semble le confirmer. Je ne crois pas qu'on en arrive là, car la majorité des médecins qui pratiquent au Canada sont en faveur du régime d'assurance-maladie et acceptent volontiers d'y participer. Faire un appel à la grève, c'est comme agiter un drapeau rouge; cela inquiète indûment les consommateurs.

Le président: Ce sera votre dernière question, monsieur Halliday.

M. Halliday: Ce sera la dernière, mais j'en aurais tant d'autres à poser.

Je suppose que je vais répondre à l'observation de M^{me} Harding, qui prétend que le régime d'assurance-maladie est politisé. Que faut-il faire alors pour atteindre ses objectifs? On a fait des sondages—vous ne le savez peut-être pas, mais on a fait un sondage sur lequel on a énuméré huit professions ou vocations. Il y avait le clergé, les médecins, les politiciens—à peu près 8 professions en tout—et la mieux cotée . . .

M. Breau: Comme vous êtes également un homme politique, votre cote baisse.

M. Halliday: Oui. Tout en haut de la liste ce sont les médecins, auxquels on fait le plus confiance. En bas de liste, les hommes politiques. Un autre sondage tout à fait semblable posait la question suivante: Qui serait le mieux à même de défendre vos intérêts en matière de santé? Et tout en haut on trouve encore les médecins. C'est-à-dire . . .

Mme Harding: Cela n'est pas surprenant. Voilà 200 ans que les médecins nous disent la même chose.

M. Halliday: Non, je vous parle ici de ce que la population déclare. Et non pas les médecins. Il s'agit . . .

Mme Harding: Bien sûr.

M. Halliday: . . . des réponses des personnes interrogées, et nous nous parlions tout à l'heure de politique.

Mme Harding: Les personnes répondent en fonction de ce que leur processus de socialisation leur permet de comprendre. Une de nos préoccupations essentielles est précisément que nous ayons mis les médecins de façon tout à fait déraisonnable sur un véritable piédestal, et que nous ayons, dans certaines situations, des exigences également déraisonnables.

Je ferai remarquer qu'il y a quelque temps, avant que l'accouchement ne devienne un acte médical, la plupart des femmes faisaient confiance à leurs infirmières ou aux sages-femmes, plutôt qu'aux médecins. La situation a changé. Il y a eu également évolution de la situation lorsque l'on est passé des guérisseurs aux docteurs en médecine. Les situations évoluent, en même temps que nos comportements et notre compréhens-

[Text]

Mr. Halliday: People still do though.

Ms Harding: —and they still do. What we are suggesting here today does not, in any way, take away from that esteem. It is recognizing that we are all participants in society and that we all have vested interests. We are going to share those vested interests, as opposed to allow domination by one group of workers.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the polls show that people want to trust their care to physicians. They do not want to trust decision-making power to politicians. That is why I am saying that it is not a political thing, because people do not want to be political. They want . . .

Ms Harding: I think, sir, that you misunderstand our definition of political. You equate politicians with politics. I do not.

Mr. Halliday: Well, if that is true, that is a natural thing to do.

Ms Harding: I equate making choices with politics.

Mr. Blaikie: Hear! Hear!

Mr. Allmand: I just want a point of order before you adjourn.

The Chairman: Mr. Allmand.

Mr. Allmand: I understand that we will not meet again until after the break. I would like to ask, first of all, when are we going to meet again, and secondly, will our research provide us, before the clause-by-clause consideration, with materials that will summarize our hearings so we can intelligently address these questions?

The Chairman: First of all, Mr. Allmand and members of the committee, we are going to meet again on Tuesday, March 6, at 9.30 a.m. We mentioned earlier today that the Minister will be with us that morning to discuss anything the committee wants to put, mainly perhaps her attitude towards proposed amendments and what has generally come up in the discussions in the last few weeks. We will start clause-by-clause consideration on Wednesday afternoon the following day.

I am informed by our researcher, Miss Mildred Morton, that she will have considerable material to put before you by the first of that week.

Mr. Allmand: Thank you, Mr. Chairman. Thank the researcher.

The Chairman: I wish, on behalf of the committee, to thank the three coalition groups that were here from the three provinces. I was glad we were able to give you about two and a quarter hours this afternoon. It has been very interesting and beneficial to us.

Ms Harding: Thank you, Mr. Chairman.

[Translation]

sion. Nous avons eu la plus grande estime pour les médecins pendant très très longtemps . . .

M. Halliday: Il en est encore ainsi dans la population.

Mme Harding: . . . il en est encore ainsi. Ce que nous laissons entendre ici ne leur enlève rien de cette estime. Nous reconnaissons simplement que nous participons tous à cette société et qu'effectivement nous avons des intérêts acquis à défendre. Nous allons mettre en commun ces intérêts acquis, plutôt que de laisser un seul groupe dominer l'ensemble du système.

M. Halliday: Monsieur le président, les sondages montrent que la population veut s'en remettre aux soins des médecins. Ils ne font pas confiance aux pouvoirs de décisions des politiciens. Voilà pourquoi je dis que ce n'est pas une question politique, puisque précisément les gens ne veulent pas que ce le soit. Ce qu'ils veulent . . .

Mme Harding: Je crois que vous avez mal compris notre définition du mot politique. Vous assimilez homme politique et politique. Moi pas.

M. Halliday: Eh bien, si c'est ce que je fais, je crois que c'est tout à fait naturel.

Mme Harding: Pour moi, politique signifie faire des choix.

M. Blaikie: Bravo! Bravo!

M. Allmand: J'aimerais invoquer le Règlement avant que la séance ne soit levée.

Le président: Monsieur Allmand.

M. Allmand: Si je ne me trompe, nous n'allons pas avoir de réunion avant l'ajournement. J'aimerais demander tout d'abord quand aura lieu notre prochaine réunion, et deuxièmement, si notre service de documentation nous fournira, avant que nous ne passions à l'étude article par article, un résumé du contenu des séances afin que nous puissions aborder intelligemment cette phase?

Le président: Tout d'abord, monsieur Allmand et messieurs les membres du Comité, nous allons reprendre les audiences mardi 6 mars à 9h30. Le ministre sera présent ce matin-là pour discuter avec le Comité de toute question que nous aimerions lui poser, et notamment de sa réponse à certaines propositions d'amendements; et on rediscutera de façon générale des questions qui ont été soulevées au cours des dernières semaines. Nous commencerons l'étude article par article mercredi après-midi, c'est-à-dire le lendemain.

Notre documentaliste, M^{lle} Mildred Morton, m'informe qu'elle aura une masse de documents importante à nous fournir dès le premier jour de la semaine de la reprise.

M. Allmand: Merci, monsieur le président. Je remercie la documentaliste.

Le président: Au nom du Comité, je remercie les trois groupes, originaires de trois provinces, qui ont comparu. Je suis heureux que nous ayons pu vous consacrer près de deux heures trois-quarts cet après-midi. La séance a été très intéressante et très utile quant à nous.

Mme Harding: Merci, monsieur le président.

[*Texte*]

The Chairman: Thank you very much.

We will adjourn until March 6 at 9.30 a.m.

[*Traduction*]

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée jusqu'au 6 mars à 9h30.

From the Alberta Society for the Friends of Medicare:

Ms. Nancy Kotani, Coordinator;

Ms. Karin Olson, Assistant Coordinator.

From the Health Coalition of Nova Scotia:

Mr. Patrick Jamieson, Member, Canada Health Act Committee.

From the Ontario Health Coalition:

Ms. Michèle Harding, Executive Director;

Ms. Edith Johnston, Member, Board of Directors.

De l'«Alberta Society for the Friends of Medicare»:

M^{me} Nancy Kotani, coordonnateur;

M^{me} Karin Olson, coordonnateur adjoint.

De la «Health Coalition of Nova Scotia»:

M. Patrick Jamieson, Comité de la Loi canadienne sur la santé.

De l'«Ontario Health Coalition»:

M^{me} Michèle Harding, directeur exécutif;

M^{me} Edith Johnston, Conseil de la direction.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES—TÉMOINS

From Queen's University:

Dr. David Symington, Professor and Head of the Department of Rehabilitation Medicine.

From the University of Ottawa:

Dr. Germain Boivin, Associate Professor, Rehabilitation Medicine.

From the University of British Columbia:

Professor Robert Evans, Department of Economics.

From the Canadian Dental Association:

Dr. Robert Hicks, President;
Dr. Ralph Crawford, President elect;
Dr. William Thompson, Past President.

From the Association of Independent Physicians of Ontario:

Dr. Joan Charbonneau, President;
Dr. William Goodman, Vice-President;
Dr. John Kindle, Member of the Board of Directors;
Mr. Gordon Smith, Executive Director;
Dr. Chris Curruthers, Ottawa representative.

De l'université Queen's:

Dr David Symington, professeur et directeur, Médecine de la réhabilitation.

De l'Université d'Ottawa:

Dr Germain Boivin, professeur adjoint, Médecine de la réhabilitation.

De l'université de la Colombie-Britannique:

M. Robert Evans, Département d'économie politique.

De l'Association canadienne des dentistes:

Dr Robert Hicks, président;
Dr Ralph Crawford, président élu;
Dr William Thompson, président sortant.

De l'«Association of Independent Physicians of Ontario»:

Dr Joan Charbonneau, président;
Dr William Goodman, vice-président;
Dr John Kindle, Conseil de la direction;
M. Gordon Smith, directeur exécutif;
Dr Chris Curruthers, délégué d'Ottawa.

(Continued on previous page)

(Suite à la page précédente)

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Tuesday, March 6, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le mardi 6 mars 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

APPEARING:

The Honourable Monique Bégin, Minister of National
Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Bégin, Ministre de la Santé
nationale et du Bien-être social



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Russell MacLellan

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Monday, March 5, 1984:

Russell MacLellan replaced Jim Schroder.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le lundi 5 mars 1984:

Russell MacLellan remplace Jim Schroder.

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 6, 1984
(25)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:50 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. MacLellan and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance, Lang, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

Other Member present: Mr. Schroder.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The Minister made a statement and answered questions.

At 12:50 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 6 MARS 1984
(25)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 50, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. MacLellan et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance, Lang, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Autre député présent: M. Schroder.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Comparait: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Le Ministre fait une déclaration et répond aux questions.

A 12 h 50, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, March 6, 1984

• 0948

The Chairman: Order, please.

I will call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are considering the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are pleased to have back with us today the Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare. Madam Minister, perhaps you could introduce the people who are with you. I gather you have some opening comments.

• 0950

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président.

Mr. Chairman, could you tell me the number for the original language of the person who speaks? I am badly plugged, in other words. Can you . . . ?

The Chairman: We have a problem there. I do not know.

An Hon. Member: I think it is number one.

Madam Bégin: With me are Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister of Health and Welfare; and Mr. Don MacNaught, Chief, Hospital Insurance.

I would like to start by thanking very much the members of the committee and other MPs who joined for different sessions for the work they carried out, for the enormous amount of time, energy and participation they invested. It is most appreciated. I think all of those from Canada who came to the committee and presented briefs have also appreciated this, and I want to thank them, too.

I want to observe that I think, although this Bill is a bit controversial at times, it is a very modest Bill when one thinks of the whole health system. A very important positive consequence of the debate of Bill C-3, in committee in particular, has been that we have now in Canada, thanks to lots of players who came here, reopened the debate on health itself, where it is going and where it should go, etc. I think that is key and very, very important.

If I get back to Bill C-3 itself, however limited it is because of its nature and because of the constitutional distribution of responsibilities between the provinces and us—health being, of course, a provincial jurisdiction first—I would like to repeat that the way this Bill was drafted is to consolidate in one single new text two old pieces of legislation—namely, the HIDS Act, which is 25 years of age, and the Medical Care Act, which is

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 6 mars 1984

Le président: À l'ordre, je vous prie.

J'ouvre la séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, saisi du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin l'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Madame le ministre, vous pourriez peut-être commencer par nous présenter vos collaborateurs et j'imagine que vous avez également une déclaration à notre intention.

Hon. Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman.

Monsieur le président, pourriez-vous me dire sur quel canal on peut entendre la langue du parquet? Je suis mal branchée, en d'autres termes. Pourriez-vous . . .

Le président: Nous avons un petit problème. Je ne saurais vous répondre.

Une voix: Je crois que c'est le canal 1.

Mme Bégin: Je suis accompagnée ce matin de M^{me} Maureen Law, le sous-ministre associée pour la Santé et le Bien-être, et de M. Don MacNaught, chef de l'Assurance-hospitalisation.

J'aimerais d'emblée remercier chaleureusement les membres du Comité et tous les autres députés qui se sont joints à eux, les remercier donc de tout ce qu'ils ont fait, du temps, de l'énergie et des efforts considérables qu'ils ont investis dans les travaux du Comité. Je leur en sais gré. Je pense également que tous les Canadiens qui ont comparu devant vous, qui vous ont présenté des exposés, leur en savent également gré, et je tiens d'ailleurs moi aussi à les remercier.

Je voudrais souligner que pour moi, même si le projet de loi prête à l'occasion à quelques controverses, il s'agit d'une mesure législative extrêmement modeste par rapport à cet énorme secteur que représente le Régime d'assurance médico-hospitalière. Une conséquence extrêmement importante et très positive de la discussion du projet de loi C-3, notamment à l'étape du Comité, a été que nous avons ainsi eu l'occasion au Canada, grâce à la foule de protagonistes qui sont intervenus dans le débat, de rouvrir le débat sur la santé publique, sur l'orientation qui a été imprimée et qui devrait être imprimée au système et il s'agit là, je crois, de quelque chose de tout à fait fondamental.

Si j'en reviens au projet de loi C-3 proprement dit, pour limité qu'il soit en raison de sa nature et du partage constitutionnel des responsabilités entre les provinces et le fédéral, étant bien entendu que la santé publique est et reste avant tout un secteur de compétence provinciale, j'aimerais répéter que cette mesure législative qui vous est soumise a été élaborée dans le but de fusionner dans un seul texte nouveau deux

[Texte]

15 years of age—in one text as faithfully as possible to the original wordings, and of course, being completely faithful to the spirit of these two existing pieces of legislation, while at the same time reinforcing medicare by two main objectives: no more extra-billing and no more user fees.

There are one or two new features in the Bill which are consequences of these two new clarifications. For example, under the information section, we need the basic information necessary to apply this Bill C-3, and of course, we have added a very modest request for visibility, which is very important in a federation like ours in Canada, to make sure the federal government and the politicians will always be able to get whatever new budget they need for health. I think the explanation behind that is as simple as that.

I have observed with great pleasure—and I think it is key—that all the players who have come in front of the committee, starting with all the provinces and then every other group—consumers of health, health providers, health economists, etc.—have all supported the five basic conditions of medicare, which is Clause 7. I think this is very important and key to the work of all of us today.

Si vous me le permettez, je vais faire la seconde partie de ma présentation en français.

• 0955

On pourrait diviser en deux catégories les amendements proposés au cours des nombreuses présentations faites au Comité, soit par des provinces qui sont des joueurs évidemment privilégiés dans le système de santé, soit par les autres joueurs du système de la santé et les consommateurs: les amendements de contenu qui visent à élargir le projet de loi et les amendements que j'appelle techniques, aux fins de la discussion, en ce sens qu'il s'agit de corrections textuelles ou d'ajouts au texte, parce que la nouvelle loi n'est pas assez claire par rapport aux anciennes lois ou tout autre type d'amendement que l'on peut appeler technique. Comme je l'ai dit, ils découlent des mémoires suivis de discussions entre nos fonctionnaires ou moi-même et les provinces ou des mémoires d'autres groupes et de leur présentation au Comité, qui ont tous été revus.

Je devrais tout de suite répondre que les amendements qui visent à élargir le projet de loi—je reviendrai d'ailleurs sur le sujet un peu plus tard... ne peuvent être satisfaits par un projet de loi fédéral ou par ce projet de loi en particulier. Je vais toutefois tenter d'offrir d'autres voies pour accommoder les demandes fondamentales des groupes qui veulent plus pour la santé que ce qu'offre ce strict projet de loi C-3. J'y reviendrai tout de suite.

[Traduction]

anciennes lois, en l'occurrence la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques qui a maintenant 25 ans et la Loi sur les soins médicaux vieille de 15 ans, d'une façon aussi fidèle que possible eu égard au libellé initial, et également d'une fidélité absolue par rapport à l'esprit de ces deux lois constitutives, tout en veillant d'un même tenant à renforcer le système par le biais de deux grands objectifs, l'élimination de la surfacturation et celle des frais modérateurs.

Le projet de loi comporte un ou deux éléments neufs qui découlent directement de ces deux nouvelles précisions. Ainsi, à l'article traitant des renseignements, il est évident qu'il nous faut les renseignements de base nécessaires pour mettre à exécution ce projet de loi et, la chose est évidente, nous avons demandé d'une façon assez modeste, grâce à ce texte de loi, qu'il y ait une certaine visibilité, parce que dans une fédération comme la nôtre, il est extrêmement important de faire en sorte que le gouvernement fédéral et les pouvoirs politiques puissent dans toutes les circonstances obtenir les crédits budgétaires indispensables à la santé publique. Je pense que l'explication de ce nouvel élément n'est pas plus compliquée que cela.

J'ai remarqué avec beaucoup de plaisir—cela aussi, je pense que c'est fondamental—que tous les protagonistes qui ont comparu devant vous, à commencer par les provinces, suivies par tous les autres groupes, les consommateurs, les praticiens, les économistes de la santé, tous ont souscrit aux cinq critères fondamentaux qui sous-tendent le régime, et je veux parler de l'article 7. Je pense que c'est très important, que c'est même fondamental à cette étude qui nous rassemble ici aujourd'hui.

I would like now, with your permission Mr. Chairman, to switch to French for the second part of my presentation.

Various amendments put forward during the numerous presentations made before the committee, either by the provinces which are of course the privileged players in the health care system, either by the other players within the system and the health care consumers, can be divided into two categories: Substance amendments aiming at enlarging the scope of the Bill, and those which I would call the technical amendments for the purposes of this debate, inasmuch as they are the corrections or additions needed because the Bill itself lacked clarity as compared to the existing acts, or any other amendment of a technical nature. As I have said, these amendments are the logical consequence of those briefs and those discussions between our officials or myself and the provinces, or of briefs presented by other groups which have appeared before this committee and which have all been reviewed by us.

I should also specify right away that the first amendments, those which in effect enlarge the scope of this Bill, and I will come back to them later, cannot be part of any federal Bill nor, for that matter, of this particular Bill. However, I will endeavour to find other avenues in order to accommodate the basic requests set forward by all those groups which wanted more for our health system than this specific Bill C-3. I shall presently deal with them.

[Text]

Maintenant, les amendements de type que je vais appeler textuel, soit les amendements techniques, sont de toutes sortes.

For example, if you start with some definitions, in Clause 2 of the Bill, I will try to file —*non, aujourd'hui c'est mardi*... I will do my utmost to file with the Clerk of the Committee tomorrow, the wording of amendments that the government will be proposing. There will be amendments to Clause 2 in terms of additions and clarifications to the definitions. Provinces and/or other players: I have recommended either clarification or have expressed their opposition. Either they believed we did not have any bad intent—others did not believe us, but have expressed, if I may say, opposition to parts of Clauses 3 and 4. Those two will also be amended, the spirit being that we have always given our word that the purpose of the legislation is not to change the rules of the game; the purpose of the Bill is simply to consolidate. If by the new wording and the consolidation there is an appearance of invasion of territories, it was not intended.

• 1000

If the wording of this Bill suggested or might appear to suggest added financial burden on the provinces by new requests, that is not intended either.

So wherever the language was not sufficiently, shall we say, neutral, or wanting to be helpful was not helpful and not necessary to where we were going with the Bill, we are going to propose amendments; and that applies in particular to Clauses 3 and 4.

Then provinces in particular had worries about the appearance of unilateral power of regulation, for example, or unilateralism in any way, shape, or form. We have reviewed the Bill in that spirit and we have I think tried to accommodate the best we could; and I will also table amendments to, for example, Clauses 14 and 22. We have tried in Clause 14, for example, to spell out in the Bill a process of consultation, for example. We have reviewed Clause 22 to make sure that all the acquisitions of the past in health be respected and that no future changes to the rules of the game can take place unless Parliament approves of them. I think that is the kind of basic rule we are going to offer.

Then I think I have not yet named Clause 13. There will be a small modification proposed to Clause 13 which is more a very slight technical amendment to be proposed.

I think I have named every one of the clauses to which we would have a list of possible amendments to be tabled by the government side.⁴⁶ We are of course aware that this is a list of amendments that we are ready with; but that of course does not prevent the fact that I know the committee will want to make its own amendments, and I understand—you will have to excuse me for not having been often before committees with

[Translation]

Now, as for those amendments of a textual nature, as I would call them; those technical amendments, they are indeed various.

Ainsi, si vous regardez les définitions, c'est l'article 2 du projet de loi, je vais essayer de déposer—*no, this is Tuesday*—je vais faire de mon mieux pour faire tenir demain au greffier du Comité le texte des amendements ministériels. Il y aura effectivement des amendements à l'article 2, en ce sens que les définitions vont être étoffées et précisées. Pour ce qui est des provinces et des autres protagonistes, j'ai recommandé plus de précisions à moins qu'ils n'aient exprimé leur opposition. De deux choses l'une, ou bien ces protagonistes ont eu l'impression que nous n'étions pas animés par de mauvaises intentions—d'autres ne nous ont pas cru mais, passez-moi l'expression, ils ont exprimé leur opposition à certaines parties des articles 3 et 4. Ces deux articles vont également être amendés, partant du principe que nous avons toujours juré que cette mesure législative n'avait nullement pour raison d'être de changer les règles du jeu: le projet de loi a simplement pour but de fusionner les lois existantes. Si cette fusion et le nouveau texte qui en résulte ont donné l'impression à d'aucuns que nous voulions faire oeuvre d'ingérence, ce n'était pas du tout notre intention.

Si le texte du projet de loi donne l'impression ou semble donner l'impression que les nouveaux critères vont avoir pour conséquence d'accroître le fardeau financier des provinces, ce n'était pas non plus notre intention.

De sorte que, là où le texte du projet de loi n'est pas suffisamment neutre, dirions-nous, ou si ce texte, se voulant utile, ne l'est finalement pas, ou n'est pas nécessaire, nous allons donc proposer des amendements; je veux surtout parler ici des articles 3 et 4.

Il y a également le fait que les provinces surtout se sont inquiétées de ce qui semblait être un pouvoir réglementaire unilatéral, un certain caractère unilatéral par exemple, dont le texte donnait l'impression. Nous avons revu le projet de loi sous cet angle et nous avons, je crois, tenté de faire de notre mieux à cet égard; ainsi, je vais également déposer des amendements aux articles 14 et 22. Par exemple, pour ce qui est de l'article 14, nous avons essayé d'énoncer dans le projet de loi une formule de consultation. Nous avons repris l'article 22 de sorte que, dans le domaine de la santé publique, tout l'acquis passé soit respecté et qu'il ne puisse y avoir aucune autre modification des règles du jeu sans l'aval du Parlement. Voilà le genre de règle fondamentale que nous allons proposer.

Il y a également l'article 13 que je n'ai pas encore mentionné, je crois. Nous allons proposer à cet article une petite modification de nature plutôt technique.

Je pense n'avoir oublié aucun des articles pour lesquels nous aurions des amendements ministériels à proposer. Bien sûr, nous savons que c'est une liste d'amendements que nous avons nous-mêmes préparée, et je sais parfaitement que le Comité voudra sans doute présenter ses propres amendements, je l'admets parfaitement—vous devrez d'ailleurs m'excuser de ne pas vous avoir souvent soumis de nouveaux projets de loi, et

[Texte]

new Bills; correct me if I am wrong on the procedure—I understand various members of the committee, opposition parties, etc., will present amendments and we will then discuss them and see how much we can accommodate and how far we can go—always in the spirit that we want medicare to continue in the way it has been. It has been a great program; but we do not want erosion, period.

So that is why I kept saying except the basic principles, everything is negotiable, in the sense that we do not want by this Bill to change, or to appear to change, rules of the game that have served Canadians very well.

I am told by my official here that I forgot to mention an additional clarification which will be brought to Clause 19.

Now, if I may come back rapidly, then I will with pleasure receive the questions from members of the committee on the broader issue of enlarging what this Bill is trying to do. For example, the group from interns and resident care recommended that this Bill assure them of the right to practise. *C'est un élargissement*. It is enlarging the existing rules of the game that preside over medicare in Canada by having the feds make decisions that seem, from all the legal advice we have received up to now, to be completely in the provincial field. However, I am still waiting for more opinions and I would like to discuss the issue with the committee.

• 1005

The Canadian Medical Association has requested that this act provide a specific mechanism or that the provinces should have in place a mechanism by which a fair and reasonable negotiation be available to them. That too is a provision that appears to be outside our constitutional jurisdiction and outside the strict spending power that we exercise by this Bill, but again, it is a matter open for discussion.

Several groups of health consumers, also health economists, health providers in particular, the Canadian Nurses' Association—I hope I am not forgetting anybody here—have made a very major request for enlargement. The broadest request of all is that, instead of only talking financial barriers, we should talk of two things: redivision of roles within the health providers, on the one hand, and the much broader basic objective to the health system in Canada, going preventive instead of highly curative.

First, I think, even with provincial legislation, it is not the legislation that will achieve that goal. I am not here to preach to anybody and bore them with a speech, so I will not, but as the bias behind our approach, I would submit that that will never be achieved by legislation of any kind—federal or

[Traduction]

n'hésitez pas à me reprendre si je ne suis pas bien la procédure—je sais donc que les membres du Comité, ceux qui représentent l'opposition par exemple, vont aussi proposer des amendements dont nous allons discuter pour voir dans quelle mesure nous pourrions leur donner satisfaction et jusqu'où nous sommes disposés à aller, toujours partant du principe que nous voulons que le régime continue à fonctionner dans la voie qui a été tracée. Le programme a été jusqu'à présent très réussi; ce que nous ne voulons pas, c'est qu'il soit amoindri, un point c'est tout.

Voilà pourquoi je persiste à dire que, hormis les principes fondamentaux, tout est négociable, en ce sens que nous ne voulons pas modifier, ou donner l'apparence de vouloir modifier, par ce projet de loi, des règles qui, jusqu'à présent, ont parfaitement satisfait les Canadiens.

Mon collaborateur me signale que j'ai oublié de parler d'une petite précision que nous allons apporter à l'article 19.

Cela étant dit, si vous me permettez d'y revenir rapidement, lorsque j'aurai terminé je répondrai avec plaisir aux questions que les membres du Comité voudraient me poser à propos de l'étoffement, un problème beaucoup plus vaste, et qui est précisément ce que nous tentons de faire par ce projet de loi. Ainsi, les représentants des internes et des résidents avaient recommandé que nous leur donnions le droit d'exercice dans le cadre de ce projet de loi. *This is an enlargement*. Cela élargit la portée des règles qui régissent actuellement l'assurance médicale au Canada, puisque cela implique que le gouvernement fédéral prend des décisions qui, d'après tous les avis juridiques que j'ai reçus jusqu'à présent, relèvent absolument de la compétence provinciale. Cependant, j'attends que l'on me communique d'autres avis juridiques et je suis prête à en discuter avec les membres du Comité.

L'Association médicale canadienne a demandé que ce projet de loi prévoie un mécanisme spécifique, ou que les provinces aient la responsabilité d'en instaurer un, afin de garantir à ses membres des négociations raisonnables et équitables. Là encore, il s'agit d'une disposition qui dépasserait notre compétence constitutionnelle, ainsi, d'ailleurs, que les pouvoirs de dépense que nous confère ce projet de loi, mais je suis prête à en discuter.

Plusieurs groupes de consommateurs des services de santé, ainsi que des hygiénistes et des pourvoyeurs des soins médicaux, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et j'espère que je n'oublie personne, ont beaucoup insisté sur la nécessité d'élargir la portée de ce projet de loi. Ils ont notamment demandé que le débat ne soit pas circonscrit aux obstacles financiers, mais que l'on parle également de deux choses, à savoir la redistribution des rôles entre les différents pourvoyeurs des services de santé, et la réorientation de notre système vers une médecine préventive plutôt que curative.

Permettez-moi tout d'abord de vous dire que, à mon avis, ce n'est pas ce projet de loi, ni d'ailleurs la législation provinciale, qui permettra d'atteindre cet objectif. Je ne suis pas là pour vous faire un sermon, mais je suis convaincue, et c'est cette conviction qui sous-tend l'approche que nous avons choisie,

[Text]

provincial—and it is obviously not in the purview of the federal government . . .

So how do we Canadians achieve that? I am not in a position today to come with a definite final answer, but we are working on the idea of finding a mechanism that will respect the federal and provincial jurisdictions. This would mean health being provincial before all, but it would give interested Canadians, concerned Canadians, the kind of forum that does not exist in our country now in any field which is under provincial jurisdiction but in practice mixed because of the funding.

The players, who are neither federal nor provincial, are an essential part of it. All the big fields of activities in Canada have that problem: no existing mechanism permits all the players to meet together. The technique we use a lot in Canada is the federal-provincial conference technique, but that puts together only officials and elected representatives of governments, and it does not bring to the table "the other key players".

So how can we accommodate a forum—I say forum in the broad sense—that would not be just a happening, which does respect the areas of jurisdiction, but in which key players of a different nature and with different interests could together speak of what is the next step in health? I will give you an example: the professionals of health, the other health providers who have other occupational backgrounds, the health consumers, health economists, the provinces, the federal government and any other key player.

I see this Bill as a first step, an unpleasant one, that attacks and settles the problem of financial barriers to get into the health system, but it does not do more than that. How do we achieve the next step. When do we in a serious way in Canada start talking together about the next step: where is health going? How can each, in their place in the health system, help move it towards the objectives expressed so well in **A New Perspectives for Health of Canadians* printed almost 10 years ago.

We are working on the idea of such a national forum that I hope to be able to present in a few days. We have come to something that, I think, makes sense as a starting point to get further on health.

My presentation was sketchy, Mr. Chairman, but I hope it indicates, according to the rules of a first general appearance, where the government intends to go. I am ready to enter into discussions with the members of the committee at your wish.

[Translation]

qu'on ne pourra jamais atteindre cet objectif par la voie législative, que ce soit au niveau fédéral ou provincial; en tout cas, ce n'est certainement pas au gouvernement fédéral . . .

Nous devons donc nous demander par quel moyen nous atteindrons cet objectif. Malheureusement, je ne suis pas en mesure, aujourd'hui, de vous donner une réponse définitive, mais je peux vous assurer que nous cherchons actuellement à définir le mécanisme qui nous permettra de le faire, à la fois au niveau fédéral et au niveau provincial. On pourrait envisager une sorte de tribune nationale, à laquelle pourraient participer toutes les personnes intéressées; certes, la santé est une compétence essentiellement provinciale, mais en pratique, en ce qui concerne le financement, elle est partagée par les deux paliers de gouvernement.

Or, les représentants fédéraux et provinciaux ne sont pas les seuls protagonistes, loin de là. Dans tous les grands secteurs d'activités canadiens, nous avons ce problème, à savoir qu'aucun mécanisme ne permet à tous les protagonistes de se rencontrer. Au Canada, nous avons souvent recours à la technique des conférences fédérales-provinciales, mais celles-ci ne permettent de réunir que les fonctionnaires et les représentants élus des gouvernements; les autres «protagonistes importants» en sont écartés.

Il s'agit donc de trouver le moyen de mettre sur pied une tribune, aussi large que possible, et qui ne constituerait pas simplement un événement isolé. La composition de cette tribune refléterait la répartition des compétences, ainsi que le rôle des autres protagonistes importants de ce secteur et dont les intérêts différents doivent être pris en compte. Tous ensemble, ils pourraient discuter de la prochaine étape à franchir dans tout ce processus. Par exemple, cette tribune pourrait réunir des représentants des secteurs médicaux et paramédicaux, des consommateurs, des hygiénistes, des provinces, du gouvernement fédéral et des autres protagonistes importants.

A mon avis, donc, ce projet de loi n'est qu'une première étape, assez désagréable d'ailleurs, permettant d'éliminer les obstacles financiers qui nuisent à l'accessibilité des soins médicaux actuels, mais c'est tout. Comment allons-nous aborder l'étape suivante? Comment, au Canada, allons-nous sérieusement entamer ce débat sur l'orientation à donner à notre système d'assurance médicale? Comment chacun des protagonistes peut-il, en fonction des responsabilités qui lui appartiennent, poursuivre les objectifs si bien énoncés dans le document *«Nouvelle perspective de la santé des Canadiens»* paru il y a près de 10 ans.

Nous étudions donc la possibilité de constituer ce genre de tribune nationale, et j'espère pouvoir vous donner plus de détails à ce sujet dans quelques jours. Nous avons déjà élaboré quelque chose qui me semble être un bon point de départ.

Mon exposé est peut-être un peu bref, monsieur le président, mais je voulais simplement, puisqu'il s'agit de ma première comparution et que la discussion doit rester générale, vous donner des précisions sur les intentions du gouvernement. Je

[Texte]

The Chairman: Thank you ver much, Minister. We will start the questions and comments by Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I have a number of questions and comments. I do not want to take my time at this point, but I just want to serve notice, Mr. Chairman, that in view of the statement of the Minister today that she is not ready with the amendments—and obviously there is not much point in our tabling amendments until we see what the government wants to do—that we might have to re-examine our schedule toward the tail end of this week in terms of amendments. I am not putting that forward as any threat; I am simply putting it forward as possibly a realistic assessment of our timeframe. I must admit that I think the Minister's presentation this morning raised more questions than it was able to answer, so I want to get into some of those questions immediately.

I want to ask the Minister, through you, Mr. Chairman, very specifically, will the government and its members accept any amendments other than clean-up amendments or amendments that do not broaden the scope of the bill.

Madam Bégin: I am sorry, I do not see what the category would . . .

Mr. Epp: Let me be very specific then. Will you accept for example, an amendment that has been proposed by the Canadian Nurses' Association. In their presentation they wanted not necessarily to expand the scope of the bill, but they wanted to have a change of definition—one to "health care practitioner". Would you accept that kind of an amendment?

Madam Bégin: Would you accept it?

Mr. Epp: That is not the question. You are the minister.

An hon. Member: Not for long.

The Chairman: Order please. I have a note to myself here which I forgot to read out—that I shall remind the members and the minister that you should all put your questions through the chair in the usual way.

Mr. Epp: Sorry, Mr. Chairman. Through you, Mr. Chairman.

The Chairman: I will go back to Mr. Epp. Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, to save time I will not repeat the question. I think it is clear.

The Chairman: Mr. Epp is asking you again the question about the nurses' amendment.

Madam Bégin: This is an amendment on which I do not have a final position. It will require thorough discussion because it is a very key objective. We are discussing amendments in Cabinet before I come back to the committee with the wording of each possible amendment, which seems to have

[Traduction]

suis prête à répondre aux questions que voudront bien me poser les membres du Comité.

Le président: Merci beaucoup, madame le ministre. Je vais tout d'abord donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'ai un certain nombre de questions à poser, mais j'aimerais aussi faire quelques observations. Je tiens d'abord à vous signaler, monsieur le président, que nous devons peut-être remanier notre calendrier à la fin de la semaine, étant donné que le ministre nous a annoncé tout à l'heure qu'elle ne déposerait pas ses amendements aujourd'hui. Or il ne servirait à rien que nous déposions nos propres amendements tant que nous ne savons pas exactement ce que le gouvernement a l'intention de faire. Ce n'est pas une menace de ma part, je vous dis simplement que nous devons peut-être réaménager notre calendrier en fonction des circonstances. Je dois reconnaître que la déclaration faite ce matin par le ministre a soulevé plus de questions qu'elle n'a donné de réponses, et c'est à ces questions que je vais passer immédiatement.

J'aimerais donc savoir précisément si le gouvernement est prêt à accepter des amendements autres que les amendements de type administratif ou des amendements qui n'élargissent pas la portée du projet de loi.

Mme Bégin: Excusez-moi, je ne comprends pas très bien dans quelle catégorie . . .

M. Epp: Je vais donc être plus précis. Par exemple, seriez-vous prête à accepter un amendement proposé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada par lequel elles ne veulent pas nécessairement élargir la portée du projet de loi, mais elles réclament que l'on remplace la définition de «médecin» par «praticien de la santé». Seriez-vous prête à accepter ce genre d'amendement?

Mme Bégin: Et vous?

M. Epp: C'est moi qui vous le demande. C'est vous le ministre.

Une voix: Plus pour longtemps.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. J'ai une note devant moi que j'ai oubliée de vous lire. Il s'agit de rappeler à tous les membres du Comité ainsi qu'au ministre de passer par le président pour chaque intervention.

M. Epp: Excusez-moi, monsieur le président.

Le président: Monsieur Epp, vous avez la parole.

M. Epp: Pour ne pas perdre de temps, monsieur le président, je ne vais pas répéter ma question, car je pense qu'elle est très claire.

Le président: M. Epp vous repose la même question au sujet de l'amendement proposé par les infirmières.

Mme Bégin: Je n'ai pas encore de position définitive à ce sujet. Il me faudra en discuter davantage, car il s'agit d'un objectif très important. Avant de présenter tout amendement au Comité, je dois discuter de leur libellé avec mes collègues

[Text]

the capacity to put an additional financial burden on the provinces.

Mr. Epp: That is not the question.

Madam Bégin: I think, I would very much like to be able to entertain and accept such an amendment, but it seems to me that this is an amendment on which we must be sure of the provinces' support.

Mr. Epp: Mr. Chairman, would it be advisable to the committee to adjourn and give the minister the opportunity to discuss these amendments with her Cabinet colleagues; then, when that process is complete to come back to the committee and we could work further

• 1015

Mr. Blaikie: On a point of order.

The Chairman: If it is a point of order, I will hear Mr. Blaikie. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: It is a point of order, Mr. Chairman. The idea was that today we would know what the Minister was prepared to indicate on behalf of the government, what the government would accept in the way of amendments so that tomorrow when we begin our clause by clause process we would have the benefit of that knowledge. If we are not to have the benefit of that knowledge by tomorrow when we begin, then perhaps we could carry on the questioning of the Minister. That might be useful. But if she is not prepared to give definite answers, maybe it will not be so useful. But we certainly cannot proceed tomorrow with clause by clause amendments if we are not going to know at that time, or before that time, what it is the government is prepared to accept.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I think it is—for me anyway—a slight misunderstanding. I was under the impression when we discussed this week's work ten days ago that the purpose of this meeting today—and by the way, I recall quite well and maybe I can be challenged on that; we could discuss it . . . but I recall quite well it was not expected the Minister would arrive at 9.30 a.m. and table with the Clerk the amendments, but that is not the question. I thought that this morning we were to discuss all the bulk and the proposals that we have received from all quarters and discuss with the Minister all those proposals that have come up and try to convince, I suppose, for some of us, the Minister of the wisdom of some of those amendments or whatever she feels about those amendments, but without necessarily committing herself to table an amendment as such. So I do agree with Mr. Blaikie that since the Minister has said she will do her best in an effort to try to come up with the proposed amendments of the government tomorrow and table them with the Clerk, so that the other members of the committee can intertwine their amendments with those, I would think it would be the normal procedure for the members of the committee to discuss with the Minister what we have heard for two weeks, try to convince her eventually of the wisdom of those amendments and then, of course, she will be in a much better position in the discussion with her colleagues in Cabinet to decide what is the wish of the

[Translation]

du Cabinet, surtout pour ce qui est des amendements susceptibles d'alourdir le fardeau financier des provinces.

M. Epp: Ce n'est pas la question que je vous ai posée.

Mme Bégin: J'aimerais beaucoup pouvoir accepter ce genre d'amendement, mais il faudrait auparavant s'assurer du soutien des provinces.

M. Epp: Monsieur le président, il serait peut-être approprié que le Comité lève la séance pour permettre au ministre de discuter de ces amendements avec ses collègues du Cabinet. Ensuite, lorsque cela sera terminé, elle pourra revenir devant le Comité, et nous pourrions continuer notre discussion.

M. Blaikie: J'invoque le Règlement.

Le président: Dans ce cas, je vais donner la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Il avait été convenu qu'aujourd'hui le ministre nous communiquerait les amendements proposés par le gouvernement afin que nous puissions, après en avoir pris connaissance, commencer, dès demain, l'étude du bill article par article. Si nous n'avons pas le texte de ces amendements d'ici demain, pour commencer cette étude, alors nous pourrions aussi bien continuer aujourd'hui à interroger le ministre, car cela peut être utile. Bien sûr, si elle n'est pas prête à nous donner des réponses précises, cela risque de ne pas être très utile. Quoi qu'il en soit, il est évident que nous ne pourrions pas entamer dès demain l'étude du bill article par article puisque nous ne saurons pas, d'ici là, quels amendements le gouvernement a l'intention de présenter et lesquels il est prêt à accepter.

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Monsieur Lachance.

M. Lachance: J'ai l'impression qu'il y a un petit malentendu. Lorsque nous avons discuté de notre programme de travail il y a une dizaine de jours, il me semble qu'on avait convenu de discuter de tout cela, mais je me souviens parfaitement qu'il n'était pas prévu que le ministre devait se présenter ce matin à 9h30 avec ses amendements. Je pensais donc que, ce matin, nous aurions une discussion générale sur les propositions qui nous ont été faites depuis quelques semaines et que nous pourrions convaincre le ministre de la nécessité d'accepter certaines de ces propositions; donc, nous devions avoir une discussion générale avec le ministre afin d'essayer de savoir ce qu'elle pensait de ces amendements, mais nous ne lui avions pas demandé de s'engager à déposer les siens aujourd'hui. Étant donné que le ministre nous a dit qu'elle ferait de son mieux pour communiquer au greffier, dès demain, les projets d'amendements du gouvernement, afin que les autres membres du Comité puissent rédiger les leurs en conséquence, j'estime, tout comme M. Blaikie, qu'on peut discuter aujourd'hui avec le ministre des témoignages que nous avons entendus pendant deux semaines, afin d'essayer de la convaincre éventuellement de la nécessité d'accepter certains des amendements qui ont été proposés; ainsi, lorsqu'elle rencontrera ses collègues du cabinet, elle sera mieux en mesure de leur faire part des désirs du Comité, et pourra donc mieux décider quels amendements le gouvernement devrait ou non présenter. J'appuie donc

[*Texte*]

committee or whether or not some amendments should or should not be tabled, from the government's point of view. I strongly endorse the proposal made by Mr. Blaikie that we discuss those things today and then that the committee meet the next time when the Minister has got her amendments with her, be it tomorrow, or if it is not available tomorrow, then Thursday morning presumably. But again, I do not think the Minister was expected to have the amendments with the Clerk this morning.

The Chairman: Mr. Breau next.

Mr. Breau: Mr. Chairman, Mr. Epp's position baffles me. He has come back with his tan and with another confused position. I have never understood that it was . . . I thought the Conservatives knew that all members of the committee were equals and they understood that the Minister is not a member of the committee. I do not understand why he would want to discuss an amendment through the back door. He now wants us to discuss the substance of an amendment which is being proposed by the Canadian Nurses Association. Why does he not move it, if he has a seconder, then we will have a debate? Then the members of the committee can debate that amendment. The Minister can give her comments as a witness and then we will come to the question about that amendment. I just do not understand why, when he is all rested after a good ten days of holiday, he cannot come forward and not be confused and put his amendment before the committee.

There is no rule or tradition in this House or in the committees of the House that a Minister or the government has to come forward with amendments. Amendments have the same status, if they are proposed by any member of the committee. Myself, I do not have any amendments this morning. I may have others later on and the Minister may want to suggest some to the committee. But in any event they would have to be moved by a member of the committee. So if Mr. Epp has a question he wants debated he should know what the procedure is. He just has to move an amendment; it will be seconded and then we will have a debate.

The Chairman: Miss MacDonald.

• 1020

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

It is always interesting that when Mr. Breau has a weak case he resorts to a personal attack. Surely in the schedule that we have before us for this week . . . Some of us felt—and I am not on the steering committee; I only heard the report of the steering committee—that we were going to use today to get into the heart of discussion of amendments to the Bill that we have been studying and which the Minister's staff has been following every day for some weeks now. My great concern is that as far as I can see this has been delayed from the purpose of coming to real grips with the Bill if it is to be changed. I therefore want to have some assurance that at the other end of this week there is going to be adequate time to look at any amendments that have been brought before this committee, whether by the government or members of the opposition, and

[*Traduction*]

entièrement la proposition de M. Blaikie, à savoir que nous discussions de tout cela aujourd'hui, et que notre prochaine réunion ait lieu dès que le ministre aura ses amendements, demain ou jeudi matin. Mais, et je le répète, il n'était pas prévu que le ministre devrait présenter ses amendements ce matin.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à M. Breau.

M. Breau: Monsieur le président, l'attitude de M. Epp me renverse. Il nous revient tout bronzé, mais avec une interprétation tout à fait confuse des faits. Je croyais que, pour les conservateurs, tous les membres du Comité étaient égaux, et qu'il était bien clair, pour eux, que le ministre n'était pas un membre du Comité. Je ne comprends pas pourquoi il tient absolument à discuter d'un amendement sans respecter la procédure normale. En effet, il voudrait que nous discussions d'un amendement qui a été proposé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Pourquoi ne le propose-t-il pas, s'il est dûment appuyé, pour que nous puissions en discuter? Ainsi, les membres du Comité et le ministre pourraient dire ce qu'ils en pensent et ensuite, nous pourrions passer au vote. Je ne comprends donc pas pourquoi, après les 10 jours de repos qu'il vient d'avoir, il n'a pas une position bien arrêtée et ne nous propose pas son amendement.

Aucune règle, aucune tradition de la Chambre ou des comités n'oblige le ministre ou le gouvernement à présenter des amendements. Tous les amendements ont valeur égale, quel que soit le membre du Comité qui les a proposés. Personnellement, je n'ai pas d'amendements à proposer ce matin. Il se peut que j'en aie plus tard, et le ministre aussi. Quoi qu'il en soit, tout amendement doit être proposé par un membre du Comité. Ainsi, si M. Epp veut discuter d'un point bien particulier, il devrait savoir quelle procédure il doit suivre. Il lui suffit simplement de proposer un amendement qui, s'il est dûment appuyé, pourra faire l'objet d'un débat.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Il est toujours très curieux de voir comment M. Breau, lorsqu'il sent sa position affaiblie, se livre toujours à des attaques personnelles. En ce qui concerne le programme de travail qui avait été prévu pour cette semaine, certains d'entre nous, et je sais que je ne fais pas partie du comité directeur, mais j'ai pris connaissance de son rapport, certains d'entre nous, donc, pensaient que la séance d'aujourd'hui nous permettrait de discuter sérieusement des amendements qui seraient proposés suite à toutes les audiences que nous avons eues et auxquelles ont régulièrement assisté les collaborateurs du ministre. Ce qui m'inquiète tout particulièrement, c'est que tout le processus d'amendement du bill ne soit retardé. Je voudrais donc avoir la garantie qu'à la fin de la semaine, nous aurons encore suffisamment de temps pour étudier les

[Text]

that we are not collapsed into a foreshortened cut-off period in which the amendments do not get adequate discussion after having discussed the Bill for a number of weeks.

The Chairman: I will get to Mr. Epp and then Mr. Lachance again.

Miss MacDonald and members of the committee, it is my understanding—and the steering committee report was agreed to by the committee of the whole, by all the committee—that we would do our best to go as far as we could this week with a clause-by-clause study as quickly as possible under general agreement. However, from my point of view, there will be no tendency on my part as chairman to push the committee through as of Thursday night or Friday morning or something like that. On the other hand, I will expect the co-operation of the committee, as we have always had in the last few weeks, to go ahead as reasonably as possible.

I gather the Minister wants to be with us as much as she can. I think that is what the committee wants also, and there may be some juggling of some time that is going to have to be required.

I thought, if I might have my own two cents' worth, so to speak, that we have heard about three weeks of heavy, very detailed testimony. We have the Minister back with us this morning of course to be questioned or commented to as much as any member wants. Still, it is a good opportunity, I would think, for most members to put their points forward as to perhaps principles of amendments that had caught their attention during the hearings and that sort of thing and to get perhaps some ideas from the Minister or Ministers and also to listen to each other as to where we think the amendments might be going, if any.

So I think that this morning, speaking for myself, we could be having a very useful time for the balance of the morning discussing amongst ourselves but, with the Minister present, also questioning the Minister on various items without having the actual amendments before us.

However, I will not be trying to hold the committee to any sort of agreement to finish no matter what at the end of the week if it is not warranted. That is all there is to it.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

I did have a pleasant week, and I was never more assured of it than when I came back and listened to Mr. Breau.

I want to say, Mr. Chairman, that the only point I am trying to make is that if the Minister does not have here amendments that is fine; I do not have difficulty with that. Also, I am willing to discuss the Bill today; I have no difficulty with that either. I simply wanted to make the point—and I still believe it is a valid point—that when the Minister, after having listened to this discussion . . . if this helps her in terms of her work with her Cabinet colleagues, that she then completes those amendments, that is fine. When we get those amendments we can look at the schedule from there on.

[Translation]

amendements qui auront été déposés devant le Comité, qu'il s'agisse des amendements de la majorité ou de l'opposition, et qu'on ne nous obligera pas à les adopter à la va-vite.

Le président: Je vais donner la parole à M. Epp, qui sera suivi de M. Lachance.

A l'intention de M^{lle} MacDonald et des autres membres du Comité, j'aimerais rappeler que le rapport du comité directeur a été adopté par le comité plénier et que, selon ce rapport, nous allons essayer de faire progresser le plus possible notre étude du bill article par article. Cependant, je n'ai nullement l'intention en tant que président, de tout faire à la va-vite jeudi soir ou vendredi matin. Par ailleurs, j'espère avoir la collaboration de tous les membres, comme ce fut le cas au cours des dernières semaines, pour que nous puissions avancer raisonnablement dans nos travaux.

Je crois que le ministre a l'intention d'assister au maximum de nos réunions. Je crois que c'est ce que le Comité désire également; il nous faudra donc peut-être faire certains accommodements pour trouver le temps nécessaire.

Pendant trois semaines, nous avons eu un programme d'audiences très chargé. Ce matin, le ministre est avec nous, et elle est disposée à répondre à toutes les questions que les membres du Comité voudront lui poser. Je pense que vous devriez donc en profiter pour faire valoir auprès d'elle certains principes qui vous tiennent à coeur, et pour lui demander aussi des précisions sur ses intentions. Ainsi, nous aurons, je pense, une meilleure idée des amendements qui pourront être adoptés.

J'estime donc, mais c'est une opinion personnelle, que nous pourrions avoir ce matin une discussion très fructueuse pendant le temps qui nous reste, même si nous n'avons pas encore le texte des amendements.

Je n'ai pas non plus l'intention de vous demander de vous engager à finir notre travail à la fin de la semaine, quelles que soient les circonstances. Voilà, c'est tout.

Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

En effet, j'ai passé une semaine très agréable, et je m'en suis encore plus rendu compte lorsque j'ai entendu M. Breau tout à l'heure.

Monsieur le président, si le ministre n'a pas ses amendements aujourd'hui, tant pis; je suis prêt à discuter du projet de loi ce matin. Je voudrais simplement vous faire remarquer, car je pense que cela est justifié, que lorsque le ministre, après avoir écouté cette discussion . . . en d'autres termes, si la discussion que nous avons peut l'aider à défendre ses amendements devant ses collègues du Cabinet, parfait. Lorsque nous en aurons le texte, nous pourrions remanier notre calendrier en conséquence.

[Texte]

That is the only point I was trying to make—because it was Mr. Breau, if you recall, Mr. Chairman, who was insistent that we finish the clause-by-clause this week. He was the person who insisted on it, and I do not want to use the time this week, if we do not have the amendments, in such a way that at the end of the week if we have not had time to discuss the amendments . . .

Let us say the Minister, just as a schedule, has the amendments prepared by tomorrow night, just as an example. We then obviously will want some time to examine those amendments as a caucus. It is just a natural, normal thing for us to request, and I just do not want to be caught on Friday, 24 hours later, having to pass all the amendments when I have made an agreement earlier that, all things being normal, we could have possibly completed this week. That is the only reason I placed the caveat, and I hope that is understood in that light.

The Chairman: Well, Mr. Epp, I do not want to intervene after each questioner, but when the steering committee report was approved by the whole committee we did not agree, no matter what, to finalize the clause-by-clause by the end of this week. We did that for a particular reason, just because of what you are saying now. I think that should be clear to all members of the committee.

Mr. Lachance.

• 1025

Mr. Lachance: Mr. Chairman, I have no problem with what you have said and I have no problem with what Mr. Epp has said. For three weeks we worked very hard on this committee and we did our utmost to do our job. I am sure we will do the same in a spirit of co-operation—and of course, the Members will need some time to look at the amendments whenever they come—and in a reasonable way, as we did in the past. There is no problem.

The Chairman: Mr. Blaikie, on the same point of order.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I do not want to associate myself with the *ad hominem* arguments of the Member from Gloucester or any *reductio ad absurdum* arguments that we ought not to meet this morning simply because we do not have the amendments before us. But I think we certainly ought to leave open the question of whether or not tomorrow we begin the clause-by-clause process if by that time we do not have before us what the government is suggesting in the way of amendments. So with that caveat entered, I think we should proceed and discuss things with the Minister.

The Chairman: If there is no more discussion on that point of order, I will ask Mr. Epp to carry on for a few more minutes, and then we will go on to Mr. Blaikie.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman, and I thank the committee.

[Traduction]

C'est tout ce que j'avais à dire, car, si vous vous souvenez bien, c'est M. Breau qui a insisté pour que nous terminions cette semaine l'étude du bill article par article. C'est lui qui insistait, et je ne voudrais donc pas, si nous n'avons pas le texte des amendements, que nous arrivions à la fin de la semaine sans avoir eu le temps d'en discuter . . .

Supposons, par exemple, que les amendements du ministre soient prêts pour demain soir. Il nous faudra alors un certain temps pour les examiner en caucus. Cela est tout à fait normal. Or, je ne voudrais pas que vendredi matin, soit 24 heures plus tard, on m'oblige à adopter tous les amendements simplement parce que, quelques jours avant, j'avais éventuellement accepté de terminer nos travaux cette semaine si tout se passait normalement. C'est donc la seule réserve que j'ai à formuler, et j'espère que vous l'interpréterez comme elle doit l'être.

Le président: Monsieur Epp, je ne voudrais pas intervenir constamment, mais lorsque le rapport du Comité directeur a été approuvé par le Comité plénier, nous n'avions pas convenu, quelles que soient les circonstances, de terminer l'étude du bill article par article d'ici la fin de la semaine, justement pour la raison que vous venez de mentionner. Il faut que cela soit bien clair pour tout le monde.

Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, j'approuve tout à fait ce que vous avez dit, comme d'ailleurs ce qu'a dit M. Epp. Le Comité a travaillé d'arrache-pied pendant trois semaines et nous avons fait tout notre possible pour faire notre travail. Je suis convaincu que nous allons continuer dans le même esprit de coopération, et il est évident que les députés auront besoin d'un certain temps pour étudier les amendements lorsqu'ils seront déposés, nous allons travailler comme nous l'avons fait jusqu'à présent d'une façon raisonnée. Je suis parfaitement d'accord.

Le président: M. Blaikie, le même rappel au Règlement.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne tiens pas à être associé d'une façon ou d'une autre aux commentaires *itad hominem* du député de Gloucester, et je n'accepte pas non plus l'argumentation par l'absurde voulant que nous ne devrions pas être ici ce matin tout simplement parce que nous n'avons pas reçu le texte des amendements. En revanche, nous devrions, j'imagine, nous laisser la possibilité de siéger ou de ne pas siéger demain pour commencer l'étude article par article, si, à ce moment-là, nous n'avons pas encore reçu les propositions d'amendements. Hormis cette réserve, je pense que nous devrions néanmoins poursuivre et discuter avec le ministre.

Le président: S'il n'y a pas d'autres arguments à faire valoir dans le cadre de ce rappel au Règlement, je vais demander à M. Epp de poursuivre pendant quelques minutes encore, après quoi nous passerons à M. Blaikie.

M. Epp: Merci, monsieur le président, et merci également au Comité.

[Text]

I would like to ask the Minister if she has discussed with the provinces the question of compensation. I have stated in this committee on numerous occasions that if extra-billing has a penalty attached thereto, as the Bill now provides . . . Has the federal government discussed with the provinces the whole question of reasonable compensation? The word "reasonable" is a concern, on the one hand, by medical practitioners in the sense that, just as Justice Hall said, for example, one cannot conscript people into a service; one has to have reasonable compensation, reasonable and fair negotiations. Has the Minister discussed with the provinces how the process of reasonable negotiation, the settlement of reasonable compensation, could be approached? If we are changing the rules of the game through this Bill, as we are in some provinces . . . namely, that provinces are going to be penalized if extra-billing continues—what process does the Minister have in mind which would satisfy her that, whether we change the definition of health care practitioners, how best we cover the fact that these people have a right to fair negotiation, to fair settlement, to a resolution of conflict or impasse in the negotiation process? What position does the Minister take on that whole question?

Madam Bégin: I do not understand when the Member says we are changing the rules of the game for some of the provinces. To my knowledge, we are not. We are clarifying that insured services must be free, period, without any extra charges, which was always understood.

Mr. Epp: Excuse me for interrupting. I am simply saying that through the testimony in this committee, both from the provinces and from the medical doctors . . . For example, if we were to draw the nurses into that same definition, I think the same process would develop there; namely, how do you arrive at reasonable and fair compensation?

Now, in Ontario, for example, there is \$50 million of extra-billing. While not all that money might go into the accounts of doctors—some goes for medical research—a fair portion of that \$50 million obviously is compensation to doctors for services rendered. In other provinces, those sums are less.

So we do change the rules of the negotiation process in that way. There is no question; we do that. There is different money on the table. I am just asking the Minister: In trying to meet the objectives of reasonable compensation and fairness, how does she propose to do that?

Madam Bégin: We looked into the various viewpoints expressed against the two words that seemed to carry value judgment: the word "reasonable" and the word "adequate".

[Translation]

J'aimerais demander au ministre si elle a discuté avec les provinces de la question de l'indemnisation. J'ai déjà déclaré à plusieurs reprises au Comité que si la surfacturation devait être sanctionnée financièrement parlant, comme le propose le projet de loi . . . Le gouvernement fédéral a-t-il discuté avec les provinces de toute cette question de la rémunération raisonnable? C'est le mot «raisonnable» qui inquiète d'une part les milieux médicaux dans la mesure où, et d'ailleurs M. le juge Hall l'a bien dit, il est impossible d'enrôler les gens de force: il faut les indemniser d'une façon raisonnable, dans le cadre de négociations justes et également raisonnables. Le ministre a-t-elle discuté avec les provinces pour voir de quelle manière cette négociation raisonnable, la question de cette rémunération raisonnable, pourrait être envisagée? Si, par le biais de ce projet de loi, nous changeons les règles du jeu, comme c'est le cas dans certaines provinces—en l'occurrence si nous faisons en sorte que les provinces qui continuent à autoriser la surfacturation soient pénalisées—quelle formule le ministre envisagerait-elle qui lui permettrait, soit par une modification de la définition des professions médicales, de tenir précisément compte du fait que ces spécialistes ont le droit de négocier en toute justice, d'obtenir satisfaction en toute justice, de faire régler leur différent et d'avoir recours à une solution en cas d'impasse dans les négociations? Quelle est la position du ministre à cet égard?

Mme Bégin: Je ne conçois pas que le député puisse dire que nous changeons les règles du jeu pour certaines des provinces. Pour autant que je sache, ce n'est pas ce que nous faisons. Nous précisons simplement que les services assurés doivent être gratuits, et qu'on ne saurait percevoir des frais supplémentaires, ce qui a toujours été parfaitement entendu.

M. Epp: Excusez-moi si je vous interromps, mais je vous disais simplement que les témoignages que nous avons entendus ici même, ceux des provinces et ceux des médecins . . . et admettons que les infirmières soient couvertes par la définition, ce serait exactement la même chose: comment arriverions-nous à déterminer ce qu'est une rémunération juste et raisonnable?

Prenons le cas de l'Ontario où la surfacturation totalise 50 millions de dollars. Même si ces 50 millions de dollars ne profitent pas exclusivement aux médecins—une partie de cette somme va à la recherche médicale—it est évident qu'un pourcentage important de ce total sert à rémunérer les médecins pour leurs services. Dans d'autres provinces, ce total est moindre.

Nous changeons donc ainsi les règles du processus de négociation. Cela ne fait aucun doute, c'est cela que nous faisons. L'enjeu n'est pas le même. Je demande simplement au ministre comment elle se propose d'aboutir à ces objectifs que sont l'équité et la rémunération raisonnable.

Mme Bégin: Nous avons étudié les différents points de vue qui ont été exprimés à propos de ces deux termes qui semblent sous-tendre à un jugement de valeur, et j'entends par là le mot «raisonnable» et le mot «convenable».

[Texte]

• 1030

In the spirit of our approach to Bill C-3, which was always ours, I must say to the committee that I am not recommending to Cabinet the change in 12.(c), which is on reasonable compensation for doctors. We went into the whole thing; around the circle, if I may say. I understand fully that they are two words that appear to carry a value judgment and that in modern Canada they appear to be able, in theory, to put pressure on the provinces and what not. But in practice, if one thinks of it a little further, I do not think it is true, and I think it is in terms of health being a balance of players, of rules of the game, well established, which I want all to respect.

I would therefore propose that 12(c) remain exactly the way it is, because it has been in the Act since 1966 or 1968... since the Medical Care Act has existed—word for word. I prefer not to disrupt that equilibrium. It has served everyone very well, by the way.

As to 12.(d), we did add the word “adequate”, which does not appear in the 25-year-old Act; so I will submit to Cabinet to delete the qualifying word. But that is exactly the problem we have to go through.

I am going to propose a neutral definition here, because the previous definition in the Act is a neutral one.

Mr. Epp: Just so I understand the Minister correctly, in 12.(c) the words “reasonable compensation”, where we are talking about practitioners... the Minister would propose no change. In 12.(d), where we are talking about payment to hospitals, the word “adequate” would be removed. Would there be a replacement for the word “adequate”; and if so, have we a word there that the Minister is considering?

Madam Bégin: No. The existing piece of legislation is neutral. I do not want to say something as horrible as that—it does not say anything. It simply provides for the fact that health becomes public and therefore payment must be made by the provinces. But it does not carry any notion of how much. So I am replacing a neutral text with a neutral text.

Let me describe to you the existing piece of legislation; the equivalent paragraph:

... make provision for the payment of amounts to hospitals in respect of the cost of insured services and the payment for insured services...

So I think I am replacing a, quote-unquote, neutral text with a new neutral text. That is what I will propose.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, about some of the amendments it appears the government is not prepared to accept, we seem to be getting mixed messages. We have heard that all things

[Traduction]

Dans l'optique que nous avons du projet de loi C-3, optique qui a toujours été la nôtre d'ailleurs, je dois affirmer au Comité que je ne recommande pas au cabinet de modifier l'article 12.(c) portant sur la rémunération raisonnable des médecins. Nous avons fait le tour de la question, nous avons bouclé la boucle si vous me passez l'expression. Je sais parfaitement qu'il y a effectivement deux mots qui semblent porter un jugement de valeur et que, dans le Canada d'aujourd'hui, ils sembleraient pouvoir, en théorie du moins, exercer des pressions sur les provinces ou que sais-je encore. Mais dans la réalité, si on va un peu plus loin, je ne pense pas que ce soit vrai et je dirais plutôt que, dans le cadre du régime de santé publique qui est le nôtre, il s'agit d'un délicat équilibre entre les protagonistes, entre les règles du jeu, des règles qui sont bien arrêtées, et que je tiens à voir respecter par tout le monde.

Je proposerais donc que le texte de l'article 12.(c) reste tel quel, étant donné que c'est ce texte qui figure dans la loi depuis 1966 ou 1968, depuis l'adoption de la Loi sur les soins médicaux, mot pour mot. Je préférerais ne pas perturber cet équilibre qui, disons-le incidemment, a produit d'excellents résultats pour tout le monde.

Pour ce qui est de l'article 12.(d), nous avons ajouté le mot «convenables», qui ne figure pas dans la loi initiale vieille maintenant de 25 ans, et je vais dès lors demander au cabinet de supprimer ce terme. Cependant, c'est exactement là le problème que nous devons surmonter.

Dans ce cas-ci, je vais proposer une définition neutre puisque la loi actuelle a, elle aussi, une définition neutre.

M. Epp: Si j'ai bien compris le ministre, l'article 12.(c) ne verrait aucun changement, nous y conserverions l'expression «rémunération raisonnable» pour les médecins. Pour ce qui est du paragraphe (d), et nous parlons ici des versements aux hôpitaux, nous supprimerions le terme «convenables». Ce terme serait-il remplacé par un autre et, dans l'affirmative, qu'est-ce que le ministre a en tête?

Mme Bégin: Non. La loi actuelle est neutre, et je ne veux rien ajouter d'autre aussi horrible que cela, car cela ne veut rien dire. Il s'agit simplement d'énoncer le fait que la santé est du domaine public et donc que le versement doit être effectué par les provinces. En revanche, nous ne quantifions rien, et tout ce que nous faisons, c'est de remplacer un texte neutre par un autre texte neutre.

Laissez-moi vous citer le paragraphe équivalent de la loi actuelle.

... pourvoit au paiement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services assurés, ainsi qu'au paiement des montants... lorsque des services assurés...

Je pense donc remplacer ici un texte «neutre» par un autre texte neutre. C'est cela que je vais proposer.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, pour ce qui est de certains des amendements que le gouvernement, semble-t-il, n'est pas disposé à accepter, nous semblons recevoir des sons de

[Text]

are negotiable, that nothing is final; but we also hear that anything that really changes the Bill is unacceptable. So what is negotiable?

When you said some things are negotiable, what did you have in mind? You do not have the nurses' amendment in mind; you appear not to have the amendments suggested by the Canadian Nurses' Association in mind. You do not appear to have the amendments suggested by the Canadian Association of Interns and Residents in mind. Anything which fundamentally changes the Bill you do not appear to have in mind. So what did you have in mind when you said all things are negotiable?

• 1035

Madam Bégin: Mr. Chairman, when the erosion appeared to be increasing enough that we really had to face it, when no responsible government could just wash its hands of it, I was faced with two different approaches. They were either to re-open the health issue and throw the whole thing back for discussion and negotiations, that is, the money side, the kind of funding arrangement, what is covered and what is not, or simply to fix—I am sorry for the bad language I may be using, I may be using the wrong word—the two loopholes, or the unclarified problems of access, the extra-billing by doctors and user fees imposed by provinces.

I chose consciously. I think I did not get from anybody else a mandate to do more than simply fix the cause of the erosion. That was for many different reasons, one being that the health system, up to now, has served Canadians very well. The second reason was that these are tough economic times and I did not want to see any damage happen to the health system by way of possible cuts by anybody. I hope I am very clear on that. I think when you live in shaky times it is not the time to throw open a very subtle, complex, important, key system like health. I did not get that mandate and the darned thing is working pretty well for Canadians, except in regard to the accessibility aspect. That is why I gave my word to the provincial governments—to everybody, for that matter, I think. We never fooled around. We said: We will present a Bill that consolidates the old pieces of legislation—which are irrelevant on many grounds because of the new funding mechanism, but which are still those setting the basic rules of the game—in language—and we were very careful about that—that would be as clearly understood by lay people, the general public, as possible, to equip them to protect their medicare. Period.

I think it would be unfair if I were to introduce, or to let us impose on the provinces, new additional burdens. I think that is unfair. I do not think I have been given that responsibility by anybody. That is why I have such hesitation.

[Translation]

cloche différents. Nous avons entendu dire que tout était négociable, que rien n'était définitif, mais nous avons également entendu dire que tout ce qui modifierait effectivement le projet de loi serait inacceptable. Somme toute, qu'est-ce qui est négociable?

Lorsque vous nous avez dit que certains éléments étaient négociables, à quoi pensiez-vous? Pensiez-vous à l'amendement proposé par les infirmières? Vous ne semblez pas avoir pensé aux amendements proposés par l'Association des infirmiers et infirmières du Canada. Vous ne semblez pas non plus avoir pensé aux amendements proposés par l'Association canadienne des internes et des résidents. Toute proposition qui aurait pour effet de changer radicalement le projet de loi, vous semblez l'exclure. À quoi pensiez-vous donc lorsque vous disiez que tout était négociable?

Mme Bégin: Monsieur le président, lorsque nous nous sommes rendu compte que cette dégradation du système était telle qu'il nous fallait absolument intervenir, en tant que gouvernement responsable, j'ai eu le choix entre deux approches différentes. Ou nous remettions en question tout le système, c'est-à-dire son financement, la nature des services assurés et cetera, ou nous nous efforcions de restaurer l'accessibilité du système en interdisant la surfacturation et les frais modérateurs.

J'ai donc fait ce choix tout à fait consciemment. Je ne pense pas avoir reçu un mandat de quiconque de faire davantage que de stopper cette dégradation du système, et si personne ne m'a donné ce mandat, c'est notamment parce que, jusqu'à présent, ce système a parfaitement répondu aux besoins des Canadiens. Deuxièmement, étant donné que nous traversons une période difficile sur le plan économique, je ne voulais pas que certains éléments du système subissent des restrictions budgétaires éventuelles. J'espère être très claire là-dessus. Lorsque les temps sont durs, ce n'est pas le moment de remettre en question un système aussi important et aussi complexe que l'assurance médicale. Je n'en ai pas reçu le mandat et, de plus, ce système sert parfaitement bien les besoins des Canadiens, sauf en ce qui concerne son accessibilité. C'est la promesse que j'ai faite aux gouvernements provinciaux, et à tout le monde d'ailleurs. Nous avons toujours été francs là-dessus, en disant que ce projet de loi est destiné à regrouper les lois existantes, dont maintes dispositions sont devenues désuètes en raison de l'instauration d'un nouveau mécanisme de financement; cependant, ce nouveau projet de loi ne change en rien les règles du jeu fondamentales, et nous avons pris bien soin de veiller à ce que le libellé de ses dispositions soit très clair là-dessus et qu'il soit compris du simple profane et du public en général, afin que chaque Canadien soit protégé. Un point, c'est tout.

Il serait à mon avis injuste de notre part d'imposer aux provinces de nouvelles responsabilités financières. Personne ne m'en a donné le mandat, et c'est la raison pour laquelle j'hésite beaucoup avant de le faire.

[Texte]

The other point about which I feel most uncomfortable is that, despite the wishes we all share about orientations of health, it is very difficult, it is impossible even, it seems to me, for us, the feds, to do things about health, because that is not in our jurisdiction, it is none of our darned business. How do you face that? How can we accommodate . . . as much as we can and yet respect the rules of the game?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, there seems to be a sort of new and happy coincidence of interest between the interests of the Minister and, in this case, her new sensitivity towards the provinces. This Bill, in itself, is a unilateral action. This Bill does put burdens, of whatever sort . . . We can argue about what the nature of the burden is and just what form it will take, but it is definitely not something arrived at by agreement, so you are already in the realm of unilateral action. You do have a mandate to do more than what you are doing unilaterally; you have received that mandate from almost every witness who has come before the committee. I cannot think of any group that has come before the committee, including the CMA, that has not said: If you are going to act unilaterally, for heaven's sake do not only do this, but do this, this, and this.

So, regardless of what extra things you choose to do, I do not think you are really in a position to argue that you cannot do these things because you do not want to act unilaterally. You are already acting unilaterally. The question is what you can do legitimately and what it would be appropriate to do at this time unilaterally.

I do not think arguments about constitutional sensitivity are really all that persuasive in this context. There has already been a consensus that it is appropriate to act unilaterally at some points on this. The question is now this: In order to make this a more comprehensive action, an action more useful to the future of medicare, what else might be done at this point?—because we do not get these opportunities very often. So in that respect it seems to me that what you are really saying is . . . I mean, I think you are hiding behind this constitutional argument.

What would be more appropriate for you to do is to say, yes, okay, we are going to consider and be open to these other amendments because we realize we are already acting unilaterally, and make a commitment that after the redefinition of health services, and after a number of the things that could be put in this Bill, that you are willing to go back to the table with the provinces and talk about whatever increased costs might accrue to them because of the redefinition from medical practitioner to health care practitioner, the inclusion of emergency services—if that were an amendment that was accepted, for instance. There are all kinds of things that could be accepted. We could make a breakthrough by amending this Bill, and it would be politically acceptable and constitutionally acceptable if the Minister were prepared to make a commit-

[Traduction]

L'autre aspect qui me rend un peu mal à l'aise, c'est que, malgré nos aspirations à tous au sujet de l'orientation à donner à notre système de santé, il est très difficile, voire impossible, pour nous, gouvernement fédéral, d'intervenir dans ce domaine-là, étant donné qu'il ne relève pas de notre compétence; cela ne nous regarde donc pas. Nous nous trouvons donc dans une situation très délicate, où il est très difficile de faire quelque chose tout en respectant les règles du jeu.

M. Blaikie: Monsieur le président, je me réjouis de ce regain d'intérêt et d'égard qu'éprouve le ministre envers les provinces. Cependant, ce projet de loi constitue en soi une mesure unilatérale. Il impose des responsabilités, quelles qu'elles soient . . . Certes, nous pourrions pendant longtemps discuter de la nature de ces responsabilités, mais quoi qu'il en soit, on ne peut pas dire que ces documents soient le résultat d'une entente; par conséquent, vous vous êtes déjà avancée sur le terrain de l'unilatéralisme. Vous avez le mandat de faire plus que ce que vous faites unilatéralement, et ce mandat vous l'avez reçu de la quasi-totalité des témoins qui ont comparu devant notre comité. Si je me souviens bien, tous les groupes qui ont comparu devant nous, y compris l'A.M.C., nous ont dit: «Si vous voulez intervenir unilatéralement, grand Dieu, ne vous limitez pas à cela, mais faites également ceci et ceci et cela.»

Donc, quelles que soient les autres mesures que vous pourriez prendre, vous ne pouvez certainement pas prétendre que vous ne pouvez pas les prendre parce que vous ne voulez pas intervenir unilatéralement. C'est ce que vous faites déjà. La question est de savoir ce que vous pouvez faire légitimement, et ce qu'il serait bon de faire maintenant unilatéralement.

Tous ces arguments sur les risques de conflit constitutionnel ne sont guère convaincants dans ce contexte. Un consensus s'est déjà dégagé dans ce débat, consensus qui justifie une intervention unilatérale. La question est maintenant de savoir comment s'y prendre pour intervenir de façon plus globale et plus efficace quant à l'avenir du système d'assurance médicale, car il n'y a certainement pas 36 solutions. Donc, j'ai l'impression que vous vous retranchez derrière des arguments de constitutionnalité, qui me paraissent peu convaincants.

Ce que vous pourriez fort bien faire, ce serait de vous déclarer prête à étudier ces autres amendements parce que vous vous rendez compte que vous intervenez déjà unilatéralement, et vous engager ensuite à négocier avec les provinces la redéfinition des services de santé, ainsi qu'un certain nombre de choses qui pourraient être incluses dans ce projet de loi. Vous pourriez ainsi discuter avec elles des augmentations de coûts éventuelles que le remplacement de médecins par praticiens de la santé entraînerait, l'inclusion des services d'urgence, etc., au cas, bien sûr, où cet amendement serait accepté. Il y a toutes sortes de choses qu'on pourrait ainsi envisager. Ainsi, nous pourrions faire une percée remarquable en modifiant ce projet de loi, percée qui serait politiquement et constitutionnellement acceptable si le ministre était prêt à

[Text]

ment that she was prepared to go back to the table with the provinces to talk about what some of these amendments would mean in terms of increased costs to them, and go back to the Minister of Finance and say to him once and for all: Listen, I need to have some more room to manoeuvre here. I cannot rearrange medicare without having more financial flexibility than I have.

Madam Bégin: Part of this reasoning is very true. I did not say it because I thought it was obvious. It is true that we are acting "unilaterally" since I did not get agreement from more than one, two or three provinces. So it is true that somehow we are imposing—we, the federal government—a clarification of the rules of the game as to accessibility. That is the *raison d'être* of the Bill. But the whole thing is not about a new sensitivity to the provinces. The whole thing has always been about the balance of the institution, the institution of medicare being the provincial governments, 10 of them, the federal government, the doctors, the nurses and other health providers, and the consumers. It is to maintain that balance. How far can we go, we the federal government, we this committee, in introducing or pushing on the system new demands, new rules of the game? There is a balance to maintain. The key word which we have always, always, always tried to avoid is disruption, disruption of services, imbalance, disruption of—you name it—of budgets of provincial governments. It would be totally irresponsible if I were to commit myself to new spending today if the other partners cannot match it. So it is in that respect that we are bringing in a Bill which is very modest—I have often apologized for it—but key, only pushing so much but no more. And I think the next step in health, as soon as this Bill is passed, will be through a positive forum that will give a chance to everybody to push towards what is needed, roughly what the order of magnitude of more money needed, etc., etc.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, can I ask the Minister what would be so disruptive about accepting the amendment proposed by the interns and residents? What would be disruptive about simply making a sort of conceptual breakthrough, if you like, by accepting the recommendations of the nurses' association.

Listening to you I get the feeling that the health care systems of the provinces are going to tumble into chaos the day after the amendment is made. What would be so disruptive about that? You still have block funding. You know, the provinces still pretty well do what they like. But we can give them direction, we can indicate what kind of a view of health care a committee of this House has, through those amendments.

Madam Bégin: I think it is very easy to answer Mr. Blaikie, through Mr. Chairman to Mr. Blaikie. On the amendment by CAIR, the interns and residents, it has nothing to do with being disruptive. This is an amendment which the advice I am receiving from the Department of Justice, from our legal people, is that it would simply not be permitted by the

[Translation]

s'engager à reprendre les négociations avec les provinces pour discuter des implications financières de ces amendements; ensuite, elle pourrait rencontrer son collègue, le ministre des Finances, pour lui demander des ressources financières supplémentaires pour faire ce qu'elle doit faire.

Mme Bégin: Vous avez tout à fait raison, en partie. Je ne l'ai pas dit parce que je pensais que c'était évident. Il est vrai que nous intervenons «unilatéralement» puisque je n'ai pas eu l'accord de plus d'une, deux ou trois provinces. Il est donc vrai que, d'une certaine manière, le gouvernement fédéral impose aux provinces un éclaircissement des règles du jeu quant à l'accessibilité. C'est là la raison d'être du projet de loi. Toutefois, cette intervention du gouvernement fédéral ne participe pas d'un regain d'intérêt à l'égard des provinces. Notre système d'assurance médicale a toujours nécessité le maintien de l'équilibre entre les gouvernements provinciaux, qui sont au nombre de 10, le gouvernement fédéral, les médecins, les infirmières et les autres groupes paramédicaux, et les consommateurs. Il s'agit donc pour nous de maintenir cet équilibre. Jusqu'où peuvent aller le gouvernement fédéral et votre Comité dans l'imposition de nouvelles exigences, de nouvelles règles du jeu? Il y a un équilibre qu'il faut maintenir. Ce que nous avons toujours essayé d'éviter, c'est la perturbation des services et le déséquilibre des budgets provinciaux. Il serait tout à fait irresponsable de ma part de m'engager dans des dépenses supplémentaires si les autres protagonistes ne peuvent pas en faire autant. C'est donc dans ce contexte que nous présentons ce projet de loi, qui est d'ailleurs fort modeste, et je m'en suis souvent excusée, mais néanmoins très important pour réaffirmer ce qui doit être réaffirmé, mais rien de plus. Dès que ce bill sera adopté, l'étape suivante consistera à organiser une tribune permettant à tous ceux que cela intéresse de proposer des projets d'amélioration au système dans son ensemble.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais demander au ministre dans quelle mesure l'amendement proposé par les internes et les médecins résidents risquerait de perturber quoi que ce soit. Je me demande vraiment ce qu'il y a de perturbateur à réaliser une sorte de percée théorique, si vous voulez, en acceptant les recommandations de l'Association des infirmières.

A vous écouter, on a l'impression que les services médicaux des provinces vont être complètement chamboulés dès le lendemain de l'adoption de l'amendement. Que contient-il de si perturbateur? Vous aurez toujours le financement global, qui permet relativement bien aux provinces de faire ce qu'elles veulent. Pourtant, grâce à ces amendements, on pourrait leur donner certaines orientations, certains objectifs que notre Comité juge souhaitable d'adopter.

Mme Bégin: Ma réponse sera très facile, monsieur le président. En ce qui concerne l'amendement présenté par l'Association des internes et des médecins résidents, il n'a absolument rien de perturbateur. Il s'agit en effet d'un amendement qui, selon ce que m'ont dit des représentants du ministère de la Justice ainsi que notre propre service du

[Texte]

Constitution. That is something I did not choose. I think the residents and interns are expressing to us a very valid concern—and I say that in almost a personal way because I am not supposed to judge what the provinces do . . . in that they say: You provinces, do not use the wrong technique to control the fact we may be too numerous as doctors. Do not cut us off at the end of our five years of studies. Restrict the entrance, rather, to the faculties of medicine. They say things like that to us. That is also what they say. They would make us interfere in the practice of medicine and this is provincial. I do not have the choice. So that is not an argument that would fall in the category of being disruptive. It would fall because it seems that constitutionally we would not be able to accommodate it. But I am still exploring that.

• 1045

Secondly, what you call the conceptual breakthrough of the CNA recommendation, for example, changing medical practitioners to health providers or health practitioners. It is a conceptual breakthrough, yes. But if you push it a little further, it may—I am not sure yet—carry very heavy costs. It is a concept with a price tag attached to it. I cannot and will not impose new additional financial burden on the provinces. That is what I think we should be exploring as a committee. I am not ruling it out. I am just offering to you that if the provinces say yes to it, if we know that—there is no need to say that it would be helpful—it is a matter of enlarging the existing rules of the game. It is possible. It is the same as in the House of Commons; everything is possible when we have unanimous consent. It is a little bit like that.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman?

The Chairman: One more for now.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, what does the Minister mean when she says she is not ruling it out? She is making her recommendations to Cabinet tomorrow.

Madam Bégin: I am exploring right now . . .

Mr. Blaikie: Is she making that recommendation? Or is that not one of the recommendations?

Madam Bégin: I have people working right now to explore the yes or no—is it a simple conceptual breakthrough, as first appears, or does it carry additional cost to the provinces? I want to clarify that.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, when does the Minister expect to know that?

Madam Bégin: As soon as possible.

Mr. Blaikie: Oh! I already knew that. Before we get to the clause having to do with that?

Madam Bégin: Of course.

Mr. Blaikie: That is reassuring.

The Chairman: I go to Mr. Breau. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I will have one simple question for the Minister later, but I want to make a comment first. It seems to me that the Minister is correct

[Traduction]

contentieux, ne serait tout simplement pas acceptable sur le plan constitutionnel. Je n'y peux rien. Les médecins résidents et les internes nous ont fait part d'une préoccupation tout à fait justifiée, et je le dis à titre personnel car je ne suis pas censée juger de ce que font les provinces . . . En tout cas, j'estime que ces internes et ces médecins résidents sont tout à fait justifiés de reprocher aux provinces de mal s'y prendre pour contrôler le nombre sans doute excessif de médecins. Ils demandent que la sélection ne se fasse pas au bout de cinq ans d'études, mais plutôt au début, à l'entrée des facultés de médecine. Nous ne pouvons pas nous ingérer dans les modalités de la pratique de la médecine, cette question étant de ressort provincial. Ce n'est donc pas que cette proposition perturberait quoi que ce soit, mais qu'elle n'est pas conforme à la pratique constitutionnelle.

Pour ce qui est de la recommandation de l'Association canadienne des infirmières visant à parler non pas de médecins mais de professionnels de la santé, cette recommandation donc quels qu'en soient les mérites risque d'être fort coûteuse. Or il n'est pas question d'imposer des charges financières accrues aux provinces. Ce n'est pas a priori impossible, mais il faudrait se mettre d'accord avec les provinces. Tout est possible en effet à condition que tout le monde soit d'accord.

M. Blaikie: Monsieur le président?

Le président: Vous posez une dernière question.

M. Blaikie: Que signifie que vous n'écarterez pas cette recommandation d'office étant donné que vous devez soumettre vos recommandations au Cabinet dès demain.

Mme Bégin: Je suis en train de réfléchir . . .

M. Blaikie: Comptez-vous faire cette recommandation, oui ou non?

Mme Bégin: Nous devons d'abord déterminer s'il s'agit simplement d'une question de principe ou si cela aurait pour effet d'alourdir la charge financière des provinces.

M. Blaikie: Et quand pensez-vous savoir?

Mme Bégin: Aussi rapidement que possible.

M. Blaikie: Avant que nous n'ayons à voter sur l'article traitant de cette question?

Mme Bégin: Certainement.

M. Blaikie: Tant mieux.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Le ministre a raison de nous rappeler qu'il faut assurer un équilibre entre les attributions fédérales et provinciales en matière de santé. En

[Text]

when she says that what we have to judge is what is the proper balance between federal responsibility and provincial responsibility in the health field. I would just ask the committee members to remind themselves that the Medical Care Act and the Hospital Insurance Diagnostic Services Act were passed by Parliament under the authority of the spending power under the Constitution. We are only operating with the Canada Health Act under that same authority. It seems to me that when we are doing that, as federal parliamentarians, we have to keep in mind that there is a balance we have to respect. None of this has ever gone to the Supreme Court so no one knows what the Supreme Court would say, but it seems to me we have to respect that now. What is that balance? That is a matter of political judgment. I think it would be irresponsible on our part to accept amendments that would be contested—even if the implications are unknown—if they are contested by say a majority of provincial governments.

Mr. Blaikie: You did not feel that way during the constitutional...

Mr. Breau: During the Constitution debate we were amending the Constitution, and the Supreme Court of Canada did put limitations that were not only judgmental, but very specific on what the federal Parliament could do with regard to changing the Constitution.

In this case, it seems to me, we have to make a political judgment, but our judgment has to keep in mind and has to concern itself with what the response of the provincial governments will be.

Even if we do answer all of the questions the Minister says she is exploring, because she has maintained, and I think the Bill up to now—and she has said that she would clarify that further by amendments—that we are merely consolidating the existing legislation into a new act. We are clarifying the conditions around accessibility and universality. We want to introduce the concept of financial penalties when there are user fees and extra-billing. Apart from those two questions of user fees and extra-billing, everything is negotiable. We have to keep in mind, in my view, what the concern of at least the majority of the provincial governments would be.

• 1050

I would like to support many amendments that have been proposed that I think are reasonable. The one about changing the term "medical practitioner" to "health care practitioner" I would like to approve, too; but I would have to be concerned with what the provincial governments say in this regard. If a majority of the provincial governments, at least, would indicate publicly or privately to Members that they would accept this regardless of the consequences, I would be very happy to support that; but it seems to me that we have this limitation on the judgment we have to make.

Having said that, I would like to ask the Minister if she could indicate when she thinks this process of further discussion after Bill C-3 could start. Is it something that could be done relatively quickly in order that we can get not only those who are here but those who came before the committee and others involved in the process of change?

[Translation]

effet, la Loi sur les soins médicaux ainsi que la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ont été adoptées par le Parlement conformément à son droit constitutionnel d'engager des crédits. La même chose est vraie de la Loi canadienne sur la santé. Nous devons donc veiller à assurer cet équilibre. La Cour suprême n'ayant jamais été saisie de la question, elle n'a pas eu à se prononcer si bien que la définition de cet équilibre reste une question politique. Cela n'aurait donc pas de sens d'adopter des amendements qui seraient par la suite contestés par une majorité des gouvernements provinciaux.

M. Blaikie: Ce n'est pas ce que vous disiez lors du débat constitutionnel...

M. Breau: Lors du débat sur la Constitution, la Cour suprême a délimité clairement les pouvoirs du Parlement fédéral en matière d'amendements constitutionnels.

Les décisions que nous prendrons dans le domaine de la santé sont de nature politique, mais elles devront nécessairement tenir compte des réactions des autorités provinciales.

Il s'agit essentiellement de remanier la loi existante, en précisant les notions d'accessibilité et d'universalité. En outre, la surfacturation et les frais modérateurs seront pénalisés. Mis à part ces deux questions, tout le reste peut faire l'objet de négociations. Nous devons à mon sens tenir compte de l'avis de la majorité des gouvernements provinciaux.

Je voterais donc en principe pour tout amendement raisonnable. La proposition de remplacer l'expression «médecin» par «professionnel de la santé» ne me déplaît pas à prime abord, encore faudrait-il savoir ce que les gouvernements provinciaux en pensent. Si la majorité de ces derniers se prononcent en faveur de pareils amendements, quelles qu'en soient les répercussions, je l'appuierai sans hésiter.

Le ministre pourrait-elle nous dire quand les nouvelles discussions relatives au projet de loi C-3 pourront commencer afin que tous les intéressés puissent y participer.

[Texte]

Madam Bégin: We are working on a proposal that would bring together in a national forum the various players; and, in order to avoid the kind of thing happening that does not have any follow-up or real effects, real consequences, and also to pick up from the momentum of the discussion that has started in the country on the content and the orientations of the health system, it would be a proposal, for example, like a national conference on health which must take place, preceded by maybe two or four regional conferences in terms of geography or by subthemes, to finish in a national conference, the whole thing to be finished before two years' time at the most, and which must connect back to Members of Parliament through the committee, for example. That is roughly the concept.

The problem with conferences is that we have no mechanism in Canada to ensure follow-up other than the federal-provincial conference. How you enlarge that to bring in the other players is what we are working on.

The Chairman: Mr. Breau. No?

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

My first question may not seem to have do with this Bill, but it does have a bearing on it after all. I would like to ask the Minister, through you, sir, if she is going to be a candidate for the Liberal leadership.

The Chairman: I am not sure that has any direct bearing on the Bill.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You would be surprised.

The Chairman: Do you have another question, Miss MacDonald?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I think the Minister would like to answer.

The Chairman: I guess the Minister can answer if she wishes to, but I do not think it has any bearing on the Bill.

Mme Bégin: Je pourrais être peau de vache, mais je ne voudrais pas l'être, monsieur le président. Je ne trouverais pas cela gentil. Je ne demanderai pas à la députée sa liste des personnes qui ont contribué.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I was only going to offer her my encouragement.

Madam Bégin: That was not the way... [Inaudible—Editor]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Anyway, I was doing my best for her.

I want to come back to something you said, Mr. Chairman, about using this morning to try to convince the Minister of certain changes perhaps that should be made to the Bill or amendments that should be brought in. Mr. Breau has a newfound love for the provinces where he does not want to disturb them in any way. That was not very evident when some of the provinces were appearing before us as witnesses in the last few

[Traduction]

Mme Bégin: Nous voudrions organiser une conférence nationale réunissant toutes les parties intéressées, prenant comme point de départ les discussions qui ont déjà eu lieu relativement aux nouvelles orientations de la santé. Il y aurait donc une conférence nationale précédée de plusieurs conférences régionales; le tout devrait être terminé d'ici deux ans au plus tard après quoi le Comité serait à nouveau saisi de la question.

Le gros problème c'est de nous assurer que pareille conférence sera suivie de mesures pratiques, comme c'est le cas notamment pour les conférences fédérales-provinciales.

Le président: Monsieur Breau. Non?

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Même si ma question peut sembler n'avoir aucun rapport avec le projet de loi, je voudrais néanmoins demander au ministre si elle compte poser sa candidature à la direction du Parti libéral.

Le président: Je ne vois vraiment pas ce que cela a à voir avec le projet de loi.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous seriez étonné.

Le président: Avez-vous d'autres questions, madame MacDonald?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je crois que le ministre voudrait répondre à celle que je viens de poser.

Le président: Le ministre est libre de le faire bien entendu, mais je ne vois vraiment pas le rapport avec le projet de loi.

Madam Bégin: I could be mean, Mr. Chairman, but I will not be, and I will not ask the member for a list of her contributors.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'allais simplement encourager le ministre.

Mme Bégin: Ce n'est pas... [Inaudible—Editeur]

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je voulais simplement aider le ministre.

Le président a fait remarquer que nous pourrions utiliser cette réunion pour obtenir du ministre que certaines modifications soient apportées au projet de loi. Or voilà que M. Breau se découvre subitement un amour pour les gouvernements provinciaux, amour qu'il n'éprouvait pas semble-t-il il y a quelques semaines lorsque ces mêmes gouvernements comparaissaient devant le Comité. Mais tout peut arriver lorsque

[Text]

weeks. However, anything can happen when we are away from here for a week, as we found out.

I really am very, very interested in the response of the Minister to some of the amendments that have been suggested to this committee.

• 1055

In particular I am thinking of the one by the Canadian Nurses Association that has to do with changing the definition on page 4 of the Bill from "medical practitioner" to "health care practitioner". There is, as I understand it, in the Minister's mind a concern as to what this would do at the provincial level; whether or not it would impose new costs or new responsibilities.

That, I would say, is really up to the provinces. That really does not have anything to do... If we were to accept that, we would not be mandating that the provinces do anything differently from what they are doing at the present time. In fact, this Bill has done more to change certain financial setups in the provinces than a change I believe from "medical practitioner" to "health care practitioner" would do, because it does not say that the provinces would then as a result have to do such and such. It is then up to people who are health care practitioners within the provinces to try to work something out with the provincial governments or to come to some new arrangements with them, if that is what is desired. What we have done is remove any handicap from them from entering into negotiations in that regard. I think that would be a very forward move on the part of this committee and in this Bill, and I would ask the Minister if she would respond to that kind of approach.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: That is what, Mr. Chairman, we have been discussing since the beginning of this meeting: is it purely a conceptual breakthrough? It is a breakthrough, there is no doubt about that; and I would very much like to be able to move in that direction. But I want to be satisfied that I am not almost automatically, because of the bargaining power, etc., of the groups in question, forcing new costs on the provinces; because that would be wrong. So I would very, very, very much like—and that is the spirit in which we are working right now—to accommodate the conceptual breakthrough and the breakthrough in the first place. In other words, I do believe there is a different division of roles that can be beneficial to all in health and might even cost less. In the long run it might even cost less. But if by saying it in an Act and changing an absolutely key concept of medicare which has always been there, without having had a chance to discuss it with the provinces... because this was not the intent of this Bill C-3... am I not almost automatically being the ostrich in the sand?

In the mechanics, I am not a provincial Minister, and I am very conscious that I am not the one who will be stuck with the request at my door. I want to make sure I am not almost automatically putting into motion a process that will cost heavily on the provinces. I am not sure of that. I have asked my officials to satisfy me on that ground.

[Translation]

nous nous absentons pendant une semaine d'Ottawa comme nous venons de le constater.

Je voudrais donc savoir ce que le ministre pense des amendements qui ont été proposés?

L'Association canadienne des infirmières a proposé notamment de remplacer l'expression médecin par professionnel de la santé. Le ministre semble préoccupé par l'alourdissement des charges financières que cela risque d'entraîner pour les provinces.

Or cela dépend des provinces. Si on devait s'arrêter à pareille considération, on n'imposerait aucune modification quelle qu'elle soit aux provinces. Certaines dispositions du projet de loi auront d'ailleurs des répercussions financières pour les provinces bien plus graves qu'un éventuel remplacement de l'expression médecin par professionnel de la santé. Si cette modification était adoptée, ce serait auxdits professionnels de la santé de se mettre d'accord avec les autorités provinciales, les obstacles à pareilles négociations ayant été levés. Ce serait à mon avis une mesure positive et je voudrais donc savoir ce que le ministre en pense.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: S'il s'agit purement d'une question de principe, je suis tout à fait en faveur. Mais je voudrais m'assurer au préalable que cela n'entraînerait pas automatiquement un alourdissement des charges financières des provinces. Au plan des principes, je suis donc tout à fait d'accord car une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de la santé pourrait en effet être bénéfique tout en réduisant les coûts à long terme. Mais je ne voudrais pas modifier un des aspects fondamentaux de notre système de santé sans en discuter au préalable avec les autorités provinciales.

Donc, avant de m'engager sur cette voie, je tiens à m'assurer que pareil amendement n'aurait pas pour effet d'alourdir automatiquement les charges financières des provinces.

[Texte]

So I am surely sympathetic to the concept. There is no doubt about that. But I think we should look into all the aspects of it first.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): One of the things, Mr. Chairman, that I would ask the Minister and her officials to do is—although she has not got around to discussing this with the provincial Ministers, many of us raised the question when they were here as witnesses before the committee, and I thought their responses in most cases were rather positive. Certainly they were with the representatives from Ontario, and from a number of provinces—very much so. I think perhaps if the Minister would look at that testimony, she might see that she should not have that reluctance about moving forward that she appears to have.

That really, sir, is the major point that I want to bring before the Minister; and I am limiting it to that because I feel so very strongly about it.

• 1100

I feel that we have an opportunity to do something in this Bill which will take us a step forward, a major step forward down the road toward preventive health care and that this opens the door to taking that step, without, at the same time, putting any real obligation or onus on the provinces.

Madam Bégin: My officials tell me only Ontario indicated a support.

An Hon. Member: Negative support!

Madam Bégin: No, I think they indicated *de la sympathie*.

Mrs. Killens: That is right.

Madam Bégin: You know, when hundreds of millions are at the other end, I need support. I mean, it is all of us, all of us federal members, who the day after we make it . . . if the Bill or the new Act is taken to court, then I have not advanced the case of medicare one darn bit; I have jammed the whole system for years in court! So that is the balance I was talking of.

Because I think the same purpose, the same objective could be achieved in a slower way by public discussion, and the forum, and the pressure that the public will put on today's way of delivering health services. And that, too, is an avenue of action and reform.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Just one final comment, Mr. Chairman, and it does not really need an answer because all I am saying to the Minister is this: What that would do is open the door to allow that public pressure to begin. What concerns me is that we leave this Bill without that door being opened.

The Chairman: Thank you, Miss MacDonald. I will go to Dr. Lang.

[Traduction]

Donc, en principe, je suis d'accord mais je dois d'abord m'assurer sur ce point.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Si le ministre n'en a pas encore discuté avec ses homologues provinciaux, nous l'avions par contre soulevé avec les représentants provinciaux lors de leur comparution devant le Comité et dans l'ensemble leur réaction a été positive. C'est le cas notamment des représentants de l'Ontario et de plusieurs autres provinces. Le ministre pourrait donc vérifier les comptes rendus, ce qui lèverait peut-être ses hésitations.

C'est tout ce que je veux dire pour l'instant, monsieur le président, car c'est une question fort importante à mon avis.

J'ai là le sentiment que nous avons ici l'occasion, grâce à ce projet de loi, de prendre des mesures qui nous feront avancer, de façon importante en direction de la médecine préventive, et que cela nous donne précisément la possibilité d'aller de l'avant, sans en même temps imposer d'obligation ni de fardeau aux provinces.

Mme Bégin: Mes hauts fonctionnaires me disent que seule l'Ontario a indiqué son approbation.

Une voix: Une approbation négative!

Mme Bégin: Non, je pense qu'ils ont parlé *of favourable support*.

Mme Killens: C'est exact.

Mme Bégin: Vous savez, lorsque ce sont des millions qui sont en jeu au bout de l'affaire, j'ai besoin que l'on me soutienne. Je dis cela pour tout le monde, et pour tous les députés fédéraux notamment, qui le jour après que nous adopterions . . . si le projet de loi, ou la nouvelle loi, est mis en cause devant les tribunaux, je n'aurai certainement pas fait avancer le problème du système médico-hospitalier d'un pas; la chose sera bloquée pour plusieurs années, par la justice! Voilà exactement l'équilibre dont je parlais.

Je pense en effet que le même objectif pourrait être atteint de façon plus lente par voie de discussions publiques, et notamment grâce aux pressions que la population exercera sur notre système actuel de santé. Je pense que là aussi on peut voir un moyen d'action et de réforme.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Une dernière remarque, monsieur le président, et je n'ai pas besoin véritablement de réponse, je veux simplement dire ceci au ministre: on donnerait en effet ainsi à la population des moyens d'exercer certaines pressions. Ce qui me préoccupe, c'est que précisément nous risquons d'adopter un projet de loi qui ne lui donne pas ces moyens.

Le président: Merci, mademoiselle MacDonald. Je vais passer la parole à M. Lang.

[Text]

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

I really just have one question in the area of comprehensiveness for the minister. A number of physicians came to visit with me from Ontario and they expressed a concern about the limits that are set upon them in the area of ordering of lab tests. The concern they have is with a limit set on them—and this presently exists—to the amount of lab tests they can order, this limit is not determined by whether or not the patient needs the lab tests; it is determined by the volume of tests that the physician has ordered.

So the situation will arise where you have a physician who has the kind of practice that requires more laboratory investigation than other physicians; for example, someone with a geriatric practice that has a nursing home for which he is the physician responsible. That kind of physician will have to do considerably more lab investigation than a physician with a young practice.

This physician's investigations which bear upon his treatment are going to be limited by a limit set on him by a bureaucracy, not based on whether or not the investigations are appropriate for the diagnosis and treatment of the patient, but based upon budgets set by other bureaucrats.

I see this as a major violation of comprehensiveness, and I am wondering if this Bill in any way enables us to deal with this kind of violation.

Madam Bégin: It is a difficult question, and any other questions that have to do with the way the list of insured services is exercised is a difficult question which, until now, has never been challenged in court, I must immediately say.

So let me first say that to protect everybody in Canada—that means both to protect the provinces from arbitrary decisions by others and protect the citizens first of all, the consumer—we have the list of insured services here in the Bill. Of course it does not go into the level of details you describe of the practice, of the exercise of that. So the other concept is that of the citizen. I speak of an extreme case which has never happened until now and has never happened under my CAP legislation either; I mean the Canada Assistance Plan. I do not remember if it is Manitoba. I think it is in the Province of Manitoba, and we will see the outcome from the courts. That never happened, so if it were to happen by a citizen, eventually a community or a group of citizens in a given place would refer to the concept of medical necessity, which is in this Bill, and they will make the case that they have been denied medical necessity. They will have to establish that case.

• 1105

Mr. Chairman, that is the route I suggest would be the avenue. Of course, it is not what will happen in practice, not immediately. Individuals or groups will first make complaints locally and to their provincial Minister. That is the normal

[Translation]

M. Lang: Merci, monsieur le président.

J'ai simplement une question à poser au ministre sur la notion d'intégralité. Un certain nombre de médecins d'Ontario m'ont rendu visite, pour se plaindre notamment des contraintes qui leur sont imposées en matière d'examen de laboratoire. Ils sont préoccupés par cette limite qui leur est imposée—à l'heure actuelle—et qui concerne le nombre d'examen de laboratoire qu'ils peuvent exiger, tout à fait en dehors des besoins réels du patient; cette limite est fonction du volume global d'examen de laboratoire que le médecin fait faire.

Or, certaines spécialités exigent plus d'examen de laboratoire que d'autres; je pense par exemple au gériatologue qui est médecin responsable d'une maison de repos. Ce genre de médecin a beaucoup plus besoin du concours des laboratoires que ses confrères dont la clientèle est plus jeune.

Voilà donc que ce médecin, dans son travail, se verra imposer une limite par l'administration, tout à fait en dehors du bien-fondé des examens qu'il fera faire en vue du traitement, mais en fonction simplement d'un budget dont les fonctionnaires auront décidé.

Cela me semble en contradiction flagrante avec le principe d'intégralité, et je me demande si le projet de loi permettra de régler ce genre de situation.

Mme Bégin: C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, comme d'ailleurs toute autre question ayant trait à la façon dont les services assurés sont prodigués, question qui, jusqu'ici, n'a pas encore fait l'objet de démarches devant les tribunaux—je dois vous le dire tout de suite.

Je répondrai donc d'abord en disant que nous avons donné une liste des services assurés, dans le projet de loi, afin de garantir une protection à tout le monde: c'est-à-dire, à la fois aux provinces contre tout arbitraire possible, mais surtout aux citoyens canadiens, c'est-à-dire aux utilisateurs. Évidemment, nous ne pouvons pas entrer dans les détails, comme celui qui fait l'objet de votre question, et qui concerne l'exercice même de la profession de médecin. L'autre aspect de la question est celui évidemment des intérêts du particulier. Je pense à un cas extrême qui ne s'était jamais présenté jusqu'alors, non plus qu'à l'époque de ma loi sur le régime d'assistance publique du Canada. Or voilà que pour la première fois ce cas extrême se pose, je crois que c'est au Manitoba, je ne m'en souviens pas exactement; en tous les cas, nous verrons ce que les tribunaux nous disent. Jusqu'ici, la question ne s'était jamais posée, mais si un particulier, une communauté ou un groupement de particuliers devait repasser la question, il se référerait à la notion de service médical nécessaire, lequel lui aurait été refusé. Il y aura donc à ce moment-là toute une argumentation à présenter.

Monsieur le président, je pense que ce serait la façon de procéder. Bien sûr, ce ne sera pas tout de suite ce qui se passera, pas de façon immédiate. Je pense que les particuliers ou les groupements commenceront par déposer des plaintes

[Texte]

route of political pressure, if I may say, the route of administrative or political complaints. But the route of legal challenge would be through the concept of medical necessity, which by the way, has always been used in the Canadian health system but was not expressed in this Bill and which I am going to introduce as an amendment. The word is going to be right in the Bill; at what article, I forget. In the definition clause, Clause 2, under "hospital services", we will add the key words, which if I may say, were always behind the system in order that they are officially clearly in the hands of citizens.

The Chairman: Mr. Reid.

Madam Bégin: In Clause 2 . . .

The Chairman: Order, please.

Madam Bégin: Mr. Chairman, would you give me a minute to be more precise?

The Chairman: Yes. Would you carry on, Minister?

Madam Bégin: In Clause 2, the definition clause, under the definition of "hospital services", which by the way, will be rewritten in a better way, I will propose to Cabinet that we add the expression "medical necessity", because it is a key concept in all our health system and it was not clearly expressed.

The Chairman: Mr. Reid, you can commence your questioning.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you very much, Mr. Chairman. Through you to the Minister, Madam Minister, might I again refer to the proposed amendment of the Canadian Association of Interns and Residents, more as a basis of discussion than of the amendment itself. But I gathered from your comment, expressed perhaps already more than once, that probably there will be a negative response to that proposal for two reasons. One is that it may be a constitutional contravention by federal intervention in this matter; and second, you have expressed this concern—somebody said a new-found concern—for the provinces and you did not wish to add to their burden the costs. I hope time allows me to expand on both those responses.

First, constitutionally the proposed amendment of the Canadian Association of Interns and Residents deals with the right to practise, the right to be licensed, the right to have an opportunity of participating in medicare. In light of the action of the Province of British Columbia with respect to licensing, it seems to me the basis of your concern and introduction of Bill C-3 was one of erosion of medicare through user fees and extra-billing. The question of the right to practise and the question of availability of doctors and accessibility to doctors are very much bound up in medical practitioners' being provided the opportunity to practise medicare.

[Traduction]

localement auprès de leur ministre provincial. C'est de façon générale la façon dont les pressions s'exercent au niveau politique, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire par le biais d'une plainte déposée auprès de l'administration, ou auprès des responsables politiques. Mais la façon de procéder, du point de vue juridique, serait d'en appeler à la notion de nécessité médicale; à ce propos, je dirais qu'il en a toujours été ainsi au sein de notre système médico-hospitalier, mais la notion n'est peut-être pas suffisamment reprise par ce projet de loi, et c'est pour cela que je vais proposer un amendement. Le terme même sera donc inscrit dans le projet de loi; je ne sais plus très bien à quel article. Je crois que c'est à l'article 2, sous les définitions, à la rubrique «Services hospitaliers», à laquelle nous ajouterons les termes clés, dont je puis dire qu'ils ont toujours été partie intégrante de notre système, et ces termes pourront donc être cités par tout particulier.

Le président: Monsieur Reid.

Mme Bégin: À l'article 2 . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Mme Bégin: Monsieur le président, pourrais-je avoir une minute de plus pour être précise?

Le président: Oui. Continuez, madame le ministre.

Mme Bégin: À l'article 2, qui est un article de définition, à la rubrique «Services hospitaliers»—qui sera d'ailleurs mieux rédigée—je proposerais qu'on ajoute l'expression «nécessité médicale», car je crois que c'est une notion clé au sein de notre système médico-hospitalier, et qu'elle ne figure pas de façon suffisamment claire dans ce texte.

Le président: Monsieur Reid, vous pouvez commencer à poser vos questions.

M. Reid (St. Catharines): Merci beaucoup, monsieur le président. Monsieur le président, madame le ministre, j'aimerais me reporter encore à l'amendement proposé par l'Association canadienne des internes et des médecins résidents, plutôt pour discussion que pour l'amendement en lui-même. D'après ce que vous avez dit, toutefois, peut-être même à plusieurs reprises, je pense que votre réponse sera négative, et cela pour deux raisons. L'une a peut-être trait au caractère inconstitutionnel de toute intervention fédérale dans cette question; la deuxième a trait à votre préoccupation—quelqu'un a parlé d'une nouvelle préoccupation—concernant les provinces et le fait que vous ne vouliez pas ajouter à leur fardeau financier. J'espère avoir assez de temps pour développer un peu ces deux aspects de la question.

Premièrement, du point de vue constitutionnel, l'amendement proposé par l'Association canadienne des internes et des médecins résidents a trait au droit à la pratique médicale, au droit à obtenir une licence et, donc, d'exercer au sein de notre système d'assurance médicale. Étant donné les mesures prises en Colombie-Britannique en matière d'octroi des licences, je pense que c'est la détérioration de notre système d'assurance-maladie en raison du recours aux frais modérateurs et à la surfacturation qui est à l'origine de vos craintes et de votre décision de présenter le projet de loi C-3. La question du droit à l'exercice de la profession médicale, celle aussi de l'existence

[Text]

If you can constitutionally use Bill C-3—and despite the words of the Bill, there are all kinds of verbal clauses to indicate the purpose and the intent of Bill C-3—if you can say constitutionally you can infringe on the rights of the provinces and on the rights of a medical practitioner to adequate remuneration, then I would think that, without hesitancy, particularly since the interns and residents already say they have constitutional legislative authority, you can accept that constitutionally. Is that not so?

• 1110

Madam Bégin: Mr. Chairman, it seems that the answer is negative. The recommendation by CAIR, the Canadian Association of Interns and Residents, which was also made by la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, would restrict provincial eligibility to federal funding to provincial plans that do not guarantee interns and residents the right to practise. So it would really restrict eligibility. So it is not just an expression of intent. We mean business, if we do it, in the sense that it restricts eligibility to federal funding.

Your constitutional problem, I am told, is how you relate that to the spending power of the federal government, which is the only avenue by which we are in the health business in the first place, with conditions. I am no constitutional lawyer, and I hope I am not using wrong terms or expressions, but I understand that the conditions we have in our Bill for provinces to qualify for funds are basically the five old criteria with the clarification of no extra-billing and no user fees. They have a legal existence because they are attached to the spending power of the feds. That is why we can have the Bill and we can say for \$9 billion we buy that, period. We cannot go into the detailed practice of medicine or administrative rules of the game by the provinces, etc. We cannot do that. That is the way it is explained to me.

So I do not quite know how to accommodate it. I wish we could find a way.

Mr. Reid (St. Catharines): Madam Minister, I was wishing you would be in a position to distinguish your a firm position on that aspect constitutionally from the basis on which you propose to introduce Bill C-3. Bill C-3 is based on the spending power constitutionally as well, yet the purpose and the intent of the Act is, as you say, to protect the erosion of medicare through user fees and extra-billing. Practically every witness before us, and you yourself, has indicated that the responsibility for the delivery of medicare is that of the province—even

[Translation]

de médecins en nombre suffisant, ainsi que de l'accès aux soins de ces derniers, sont très directement liées à la possibilité qu'auront les médecins d'exercer au sein de notre système d'assurance-maladie.

Si, aux termes de la Constitution, vous pouvez adopter le projet de loi C-3—et en dépit des termes mêmes du projet de loi, un certain nombre de déclarations indiquent très clairement quels en sont les objectifs—si donc, aux termes de la Constitution, vous pouvez porter atteinte aux droits des provinces, ainsi qu'au droit de la profession médicale à une rémunération juste, je pense que vous pouvez, sans hésiter, accepter cet amendement, notamment après que les internes et médecins résidents ont établi que la Constitution leur donnait ce droit. N'en est-il pas ainsi?

Mme Bégin: Monsieur le président, la réponse en effet risque d'être bien négative. La recommandation de l'Association canadienne des internes et médecins résidents, qui a d'ailleurs été reprise par la Fédération des médecins, résidents et internes du Québec, restreindrait les possibilités provinciales d'accès au financement fédéral de régimes provinciaux qui ne garantissent pas aux internes et médecins résidents le droit à l'exercice de la profession. Il y aurait limite d'accès à ce financement. Il ne s'agit donc pas simplement d'une déclaration d'intention. Nous sommes sérieux, cela restreindrait l'admissibilité au financement fédéral.

Quant à la Constitution, me dit-on ici, tout dépend de la façon dont vous concevez le pouvoir de subvention du gouvernement fédéral, pouvoir qui est notre seul moyen de participer à la santé, sous certaines conditions. Je ne suis pas spécialiste des questions constitutionnelles, et j'espère que je ne me trompe pas ici de termes ou d'expressions, mais je vois que les conditions inscrites dans le projet de loi, permettant aux provinces d'avoir droit aux crédits fédéraux, reprennent les cinq critères d'antan, avec en plus les mesures concernant la surfacturation et les frais modérateurs. La force légale de ces conditions tient au fait qu'elles sont rattachées aux crédits du gouvernement fédéral. Voilà pourquoi nous pouvons présenter ce projet de loi, en disant que nous achetons cela en échange de 9 milliards de dollars, un point c'est tout. Nous ne pouvons pas, quant à nous, entrer dans les questions de détail concernant l'exercice de la profession médicale, ou la réglementation des provinces etc. Cela, nous ne pouvons pas le faire. Voilà ce que l'on m'explique ici.

Je ne vois donc pas très bien comment répondre de façon affirmative. J'aimerais que cela soit possible.

M. Reid (St. Catharines): Madame le ministre, j'espérais que vous pourriez, sur cette question de la constitutionnalité, dégager les motifs qui vous ont incitée à proposer ce projet de loi C-3. Il est vrai que du point de vue constitutionnel, ce projet de loi s'appuie sur le pouvoir de dépense, et pourtant l'intention et les objectifs de la loi sont, comme vous le disiez, d'éviter la détérioration de notre régime d'assurance-maladie, en bannissant les frais modérateurs et la surfacturation. Presque tous les témoins qui ont comparu, comme vous-mêmes d'ailleurs, ont bien expliqué que la responsabilité en matière de

[Texte]

the responsibility of providing all costing is that of the province, except now through the block funding agreement.

Madam Minister, if you introduce Bill C-3 based on an intent to protect medicare through erosion, as against erosion, through extra-billing, which is basically no concern of ours federally, then why are you not prepared to do the same thing with respect to the right to practise where and in which province?

Madam Bégin: Oh no, Mr. Chairman, I would like to bring in a correction right away to that statement, if I may.

You seem to believe that the five basic conditions in the added clarification... because they are not new conditions; they are just spelling out clearly the conditions in existence since 25 years of accessibility, of banning extra-billing and user fees... are clearly in the spending power of the federal government. That is why we exercise them. User fees for all the 18 years of cost-sharing between us and the provinces were deducted from the federal payments to the provinces each time they existed. That is the proof that it was never accepted. It is now clearly in the new Bill. That is all we are doing. We are not derogating from using our spending power.

Using our spending power, I understand, means having basic general conditions of the rules of the game—no more. That is what we are doing. If you go into the very detailed level of the rules of the game applying to how a doctor can practise or when or where, you are clearly in the field of telling the provinces how to do it. I am not telling the provinces how to do it. I am just describing that what we buy is such a thing, such a size, so much and accessible to everybody. That is all we do; we do not say what is inside the box or how to do it.

• 1115

Now, to accommodate the young interns and residents, I think the Canadian Charter of Rights and Freedoms, which will have effect in one year almost exactly—April 17, 1985—will protect them against discrimination on the grounds of mobility like that or other discrimination in the practice of their trade or their occupation. That is an assurance they have, but if we were to do it, it is as if we were to tell the provinces the hospitals in each community must have so many beds and all that. That is the level of detail which is none of our business constitutionally.

The Chairman: One more question, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): May I just complete this last question on the basis of moving to the costing and the intervention of the federal government in the provincial jurisdiction of providing medicare services. You have indicated again that you have a perfect right to introduce Bill C-3, obviously for the purpose of banning user fees, which has a direct bearing on the

[Traduction]

santé revenait aux provinces—même la responsabilité financière, si ce n'est pour la part prévue maintenant par les accords de financement.

Madame le ministre, si vous proposez ce projet de loi C-3 en vue de protéger notre assurance-maladie contre toute détérioration due notamment à la surfacturation, ce qui pour l'essentiel ne nous concerne pas au niveau fédéral, pourquoi n'êtes-vous pas prête à prendre des mesures équivalentes en ce qui concerne le droit à l'exercice de la profession médicale, dans telle et telle province?

Mme Bégin: Pas du tout, monsieur le président, j'aimerais ici remettre les choses à leur place, si vous le permettez.

Vous semblez croire que les cinq conditions fondamentales, énoncées dans la règle générale... Il ne s'agit pas ici de nouvelles conditions qui sont imposées, mais simplement de l'énoncé clair de conditions en vigueur depuis 25 ans, concernant l'accessibilité, l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs... tout cela relève nettement du pouvoir de dépense du gouvernement fédéral. Voilà pourquoi nous reprenons ces conditions. Les frais modérateurs, pendant ces 18 années d'existence de l'accord sur le financement à frais partagés entre nous et les provinces, étaient déduits de la subvention fédérale chaque fois que cela était nécessaire. Voilà donc la preuve que nous ne les avons jamais acceptés. Simple-ment, maintenant, c'est écrit en toutes lettres dans le projet de loi. C'est tout ce qui se passe, et nous ne dérogeons pas à nos règles en matière de contribution financière.

Notre pouvoir de dépense entraîne un certain nombre de conditions d'octroi, de règles du jeu, rien de plus. C'est ce que nous faisons. Mais si vous vous intéressez au détail de la façon dont le médecin peut exercer, où et comment, vous débordez de façon très claire le champ de compétence des provinces. Je ne tiens pas à dire aux provinces ce qu'elles doivent faire en la matière. Je ne fais, quant à moi, que définir l'objet d'un échange, son importance et son volume, et les conditions d'accessibilité pour tout le monde. Voilà tout ce que nous faisons; pour le reste, nous ne voulons pas nous en mêler.

La Charte canadienne des droits et libertés qui entrera en vigueur dans un peu plus d'un an, c'est-à-dire le 17 avril 1985 protégera les jeunes internes et résidents de toute discrimination en matière de libre circulation et dans d'autres domaines visant la pratique de leur profession. Il me semble que nous nous attachons à régler des questions de détail qui ne relèvent pas de nous constitutionnellement; c'est comme si nous disions aux provinces combien de lits chacun de ces hôpitaux devrait avoir.

Le président: Une autre question, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Au sujet de l'établissement des prix et de l'intervention du gouvernement fédéral dans le domaine de juridiction provinciale en matière d'assurance-santé, vous avez indiqué que j'avais tout à fait le droit de présenter le projet de loi C-3 dont le but est de condamner les tickets modérateurs; cela a une influence directe sur le droit

[Text]

provinces' jurisdictional right of costing whatever medical services are within their jurisdiction. With respect to this proposed amendment of interns and residents, you say you cannot do it because that is beyond your constitutional right.

Now, Madam Minister, user fees are directly related to the provinces' ability to provide the medical services we expect of them. In my opinion, we are usurping that right, intervening in that jurisdiction and telling them directly what they cannot do, and one of the things they cannot do is charge user fees. How can you distinguish that concept of constitutional right in Bill C-3 and then in this other aspect say it is beyond your jurisdiction?

Mr. Halliday: Hear, hear! Good question.

Madam Bégin: Of course, with the help of the experts, the Department of Justice and constitutionalists . . . These are the five basic conditions. One is a universal system, accessible to all. Universal means "to all"—I think that is the thrust of it—and accessible means "free". It means accessible, but in particular, it is the financial barrier which is the concrete expression of it. There is portability between provinces and at certain conditions outside the country; comprehensiveness, meaning a set of basic services that are sacrosanct, and nobody cannot offer them; and finally, public administration, in other words, for non-profit, etc. These are the five conditions.

That has nothing to do with how do you organize your delivery of services. That is the distinction. They are five concepts above any practical translation of how you organize your services. They are constitutionally acceptable as part of the spending power because they were established 25 years ago with the consent of the provinces.

I am no constitutional expert, but the way I understand it, the health jurisdiction belongs to the provinces. But 25 years ago when we all started to be in the business of medicare, we discussed these five basic conditions and put them into the legislation that has governed medicare since. So by that tradition, these have become accepted by all players as the five basic rules of the game. We are not introducing a new condition to the spending power.

So these became the conditions at which we are exercising our spending power for close to \$10 billion this year, period. I am only spelling out a very well known practice of the past; namely, that no user fees can be charged for the insurance services, which was always a condition of the past for 18 solid years. The precision that extra-billing also becomes a financial barrier and should not *comment dit-on, il ne peut pas exister non plus* . . . *Bon*. It cannot exist either, and that is it. We are not changing or adding to the old conditions attached to the spending power, and they are broad and general. They do not have to do with local practice or anything like that.

[Translation]

qu'ont les provinces d'établir des prix sur les différents services médicaux qui relèvent de leur juridiction. Vous avez dit que vous ne pouviez accepter l'amendement proposé concernant les internes et les résidents parce que cela ne relève pas de votre droit en vertu de la Constitution.

Or, madame le ministre, les tickets modérateurs sont directement liés à la capacité des provinces de fournir les services médicaux que nous attendons d'elles. À mon avis, nous usurpons un tel droit, nous intervenons dans des questions de juridiction provinciale en interdisant notamment aux provinces d'avoir recours aux frais modérateurs. Comment pouvez-vous dire que dans un cas cela relève du droit fédéral en vertu de la Constitution, alors que dans l'autre cas cela n'en relève pas?

M. Halliday: Bravo, bonne question!

Mme Bégin: Evidemment, avec l'aide des experts en matière constitutionnelle le ministère de la Justice . . . Nous parlons ici des cinq conditions fondamentales. Tout d'abord, il s'agit d'un système universel et accessible à tous. Universel signifie accessible à tous. Accessible signifie gratuit. Il faut donc un système accessible, c'est-à-dire qui ne présente pas de barrière financière. Il doit y avoir transférabilité entre provinces et dans certaines conditions à l'extérieur du pays. Il doit s'agir d'un système global c'est-à-dire que les services fondamentaux doivent toujours être fournis. Finalement, il doit s'agir d'un système administré de façon publique, c'est-à-dire d'un système sans buts lucratifs etc. Telles sont donc les cinq conditions.

Cela n'a rien à voir avec l'organisation même des services. C'est la distinction à faire; il y a cinq concepts à respecter, quelle que soit leur application pratique et l'organisation des services. Les dépenses à ce poste sont acceptables et prévues dans la Constitution depuis 25 ans avec l'agrément des provinces.

Je ne suis pas un expert en matières constitutionnelles, mais si je comprends bien, la juridiction en matière de santé appartient aux provinces. Cependant, il y a 25 ans, lorsque nous avons décidé en commun d'établir une assurance-santé au Canada, nous avons discuté de ces cinq conditions fondamentales, nous les avons prévues dans la loi qui a régi cette assurance depuis. Traditionnellement, ces cinq critères fondamentaux ont été acceptés par tous les participants, et nous n'introduisons pas de nouvelle condition en matière de pouvoir de dépense.

C'est donc dans de telles conditions que nous exerçons ce pouvoir de dépense pour une somme de près de 10 milliards de dollars cette année. Je ne fais que réitérer les règles du jeu, à savoir qu'aucun ticket modérateur ne peut être imposé pour les services assurés; c'est d'ailleurs une condition qui a prévalu au cours des 18 dernières années. Je précise également que la surfacturation est devenue une barrière financière et ne devrait pas exister non plus. Nous ne changeons rien, nous n'ajoutons rien aux anciennes conditions liées au pouvoir de dépense, conditions qui sont d'ailleurs d'une portée vaste et générale et ne s'attachent pas aux détails concernant les pratiques locales etc.

[Texte]

• 1120

Mr. Reid (St. Catharines): A quick, concluding comment, Mr. Chairman.

The Chairman: Make that a short comment, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

Madam Minister, I am just simply making this comment on the basis of your last comment that, traditionally, you are not introducing anything new by C-3. Obviously we are. We are imposing restrictions on the provinces that they did not have imposed on them before. So, if we were not introducing anything new, we would not have the legislation before us today.

Madam Bégin: We think we could have acted under the existing legislation, but the definitions are not clear, and I did not think it would help medicare by ending up in court for I do not know how many years. That is why we have introduced Bill C-3. I do not think we are changing the rules of the game one tiny bit, and that is why we have the backing of everybody and of the provinces and, as you observed, every player who came in front of your committee supported Clause 7, which is the one setting out the criteria, because they are not very well established.

I want to add something, because I think it is a key element. It is not a ban on extra-billing and user fees that we are imposing.

Mr. Reid (St. Catharines): I recognize that.

Madam Bégin: I mean, let us be precise. It is what we buy. We buy something that does not have it; otherwise we do not buy. Period.

Mr. Reid (St. Catharines): That should be clear in the purpose and the intent of the Act.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. I will go to Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, I have but one question, but it is a very basic one. It deals with Clause 12.(c) of the Bill, in which Madam Minister indicated there would be no change. I wanted to point out to her that the Act itself is changing the one particular . . . the privilege for doctors of balanced billing and extra-billing. By taking away that privilege, in all fairness it should be replaced by some other technique, whereby those who are properly trained and who have the proper expertise and who have established themselves and who are giving the excellent care they should be giving, should be recompensed. If not, we are having an exodus and we will continue to have an exodus of these very highly-trained people who have given the medical care in this country the status that it has. As a matter of fact, Miss MacDonald may have difficulty 30 or 40 years from now in having a choice in selecting surgeons to replace her joints efficiently, as she indicated . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thirty years from now! I have not had any offers from all the doctors around this table!

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Un dernier commentaire rapide, monsieur le président.

Le président: Et bref monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci monsieur le président.

Madame le ministre, si je fais ce commentaire, c'est parce que vous venez de dire que vous n'introduisez rien de neuf dans le projet de loi C-3. Ce n'est pas juste. Nous imposons des restrictions aux provinces qui n'existaient pas auparavant. De plus, si le projet de loi ne comporte rien de nouveau, pourquoi avons-nous besoin de l'étudier?

Mme Bégin: Il nous aurait sans doute été possible de faire ce que nous voulons faire avec la législation actuelle. Cependant, les définitions ne sont pas claires, et je n'ai pas pensé qu'il serait bon de devoir nous battre en Cour pendant Dieu sait combien d'années. C'est la raison pour laquelle nous avons présenté ce projet de loi. Je ne crois pas que nous soyons en train de changer les règles du jeu, pas du tout. C'est la raison pour laquelle nous avons l'appui de tout le monde ainsi que des provinces, et comme vous l'avez observé tous les témoins qui sont venus devant le Comité ont appuyé l'article 7 portant sur les conditions d'octroi des versements aux provinces.

J'aimerais ajouter quelque chose, car je crois que c'est là un élément clef. Il ne s'agit pas du tout d'imposer des interdictions en matière de surfacturation et de tickets modérateurs.

M. Reid (St. Catharines): Je m'en rends compte.

Mme Bégin: Il faut être précis. C'est ce que nous achetons, nous achetons quelque chose qui n'inclut pas cette surfacturation ni ces frais modérateurs. Un point c'est tout.

M. Reid (St. Catharines): Il faudrait que la loi le précise bien.

Le président: Merci, monsieur Reid. Je donne la parole à M. Hudecki.

M. Hudecki: Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, je n'ai qu'une question, mais qui est fondamentale. Elle porte sur l'article 12.c) du projet de loi au sujet duquel le ministre a indiqué qu'il n'y aurait pas de changement. Je voulais lui signaler que la loi prévoit très certainement un changement, notamment le privilège pour les médecins de surfacturer. Il faudrait être juste et si l'on enlève un tel privilège, il faudrait le remplacer par d'autres moyens qui permettraient à ces personnes compétentes et hautement qualifiées, qui donnent un soin excellent d'être récompensées. Sinon, l'exode de ces professionnels qui ont donné une si bonne réputation à notre pays continuera. Enfin, M^{lle} MacDonald aura sans doute des difficultés à trouver dans 30 ou 40 ans un chirurgien qui pourra lui remplacer ses articulations, comme elle l'a indiqué . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Dans 30 ans! Aucun médecin qui est ici ne s'est proposé!

[Text]

Mr. Hudecki: This is an issue that was raised at the committee . . .

Madam Bégin: Placing her medical record in public like that!

Mr. Hudecki: She brought it up at one of the committee meetings.

The recommendation that I am suggesting is that an amendment—and this is for your consideration—through you, Mr. Chairman, for our Minister, that the clause be amended by something of the following wording: by adding to it after the words “medical practitioners and dentists”:

That such reasonable compensation must be agreed upon by a consensus between the individual provinces and the respective provincial medical associations.

A short explanation. My feeling is that instead of each individual doctor assessing his own abilities, his fee schedule and his proper compensation should be assessed by his peers, within his own medical association, but the medical association should then have some flexibility with the different provinces, in order to be able to use this flexibility to keep these doctors with us. I am just suggesting that for your consideration. That is the only question I have.

• 1125

Madam Bégin: The CMA, I understand—and I stand to be corrected if I am mistaken—might send us today the wording of possible amendments on that. So we will see what they propose. I take it for granted—and correct me, Dr. Hudecki, if I am wrong—that if the meaning is the same, you would want to let them make the recommendation to us of a mechanism. You do not suggest a mechanism; you suggest consensus, which is not a formalized mechanism.

My bias would be that for any big institution in charge of governing different forces within themselves, you would want a formalized mechanism, preferably to just the word “consensus”. So let us wait to see what the CMA has to bring in. Again, we have to ask ourselves two questions when we see their text: is it clearly not constitutional for us to say it—not in itself . . . in a federal piece of legislation? Secondly, is it such a major change that we will disrupt the whole balance with medicare and we will get everybody up in arms and we will not have achieved anything?

So may I suggest we look into their amendment as soon as we get it.

The Chairman: Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I would agree with that. I am sure they are very responsible individuals. But I did not want this Act to go through indicating, as it does, almost a unilateral approach by the provinces to the doctors. Consensus to me would mean having reasonable negotiations recommended and suggested before—that there be some flexibility between the provinces and the provincial medical associations.

Madam Bégin: Madam Chairman, if I may interrupt Dr. Hudecki—they, meaning the doctors, the CMA, may fear that

[Translation]

M. Hudecki: Il s'agit là d'une question qui a été soulevée au Comité . . .

Mme Bégin: Vous ouvrez son dossier médical à tout le monde!

M. Hudecki: Elle l'a fait à une des séances du Comité.

J'aimerais vous soumettre une recommandation; il s'agirait de modifier l'article en question en ajoutant après les mots «médecins» ou «dentistes» ce qui suit:

Une telle rémunération raisonnable doit être décidée par consensus entre les différentes provinces et leurs associations médicales provinciales.

Quelques mots d'explication. Plutôt que de laisser aux médecins le soin d'évaluer leurs propres possibilités, ce serait à l'Association médicale dont ils relèvent d'évaluer les barèmes d'honoraires et la rémunération raisonnable. Les associations devraient faire preuve de souplesse dans les différentes provinces afin de faire cesser l'exode des médecins. Je sou mets donc ceci à votre attention.

Mme Bégin: Vous pourrez me corriger si je me trompe, mais il me semble que l'AMC nous fera parvenir des amendements portant sur cette question aujourd'hui. Nous attendrons donc de voir ce que l'association nous propose. Je suppose qu'elle nous présentera des recommandations prévoyant un mécanisme officiel. Or, vous nous suggérez un consensus. Ce n'est pas la même chose.

Personnellement, je serais plus en faveur d'un mécanisme en bonne et due forme plutôt que simplement d'un consensus entre les différentes parties, étant donné l'importance de l'enjeu. Attendons donc de voir ce que l'AMC nous réserve. Lorsque nous prendrons connaissance des amendements en question, nous devons nous demander quelles seraient les répercussions du point de vue constitutionnel étant donné qu'il s'agit d'une loi fédérale; de plus, nous devons étudier ces amendements du point de vue de tout bouleversement qu'ils pourraient causer à l'assurance-santé, car si c'était le cas, nous n'aurions rien réalisé.

Je propose donc que nous étudions les amendements dès que nous les recevrons.

Le président: Docteur Hudecki.

M. Hudecki: Je suis d'accord. Je suis sûr que l'association fait preuve d'un sens des responsabilités. Je ne voudrais pas que la loi dans sa rédaction définitive continue à envisager un rapport presque unilatéral entre les provinces et les médecins. Lorsque je parle de consensus, je veux parler de négociations raisonnables entre les provinces et les associations médicales provinciales. Je veux parler de souplesse également.

Mme Bégin: Madame le président, monsieur Hudecki, les médecins et l'Association médicale canadienne pensent peut-

[Texte]

this Clause 12.(c) does not provide them with a fair and reasonable mechanism for achieving agreement. However, it is word for word what has existed since the Medical Care Act has been in existence, and it was, because of that, an object of consensus between the parties at the time and has always stood up well through time. It may not appear ideal, because never in the past in Canada did a formal mechanism of negotiation exist. Justice Hall recommended one, which I put to the provinces and which was rejected by all but one province. After that the one which was in favour became against it and one of those others was in favour, but then their medical association was against it. So we did not progress on compulsory arbitration as one technique.

The CMA, I understand, is going to recommend a precise technique, although I remember them telling me that they have gone around the world and tried to find something that would suit their purpose and did not find a good model, except maybe... they mentioned the fire-fighters in Toronto, that I remember, and the institute of public servants in Ottawa, as models that interested them very much. But you cannot suddenly impose one model if the whole profession has not discussed it and agreed on it. So then they said maybe they would prefer to see in the Act the idea that a province—for example, it would read: Every province, to qualify for federal funding, must have a mechanism to ensure fair and reasonable negotiation by the doctors.

So we will look into what they propose and see what it represents in terms of changes we the feds would unilaterally impose on the rules of the game.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Madam Chairman. I would like to pick up the Minister's thrust this morning and ask her a little about her basic concepts here with this Bill. She said to us this morning, at the beginning, that she did not want to see the scope of the Bill broadened. I acknowledge her right to give us a Bill that does not broaden the scope of her approach to medical services in Canada, if that is her intent, but I have some difficulty reconciling the position that she gives us this morning with what the Bill actually says.

• 1130

If one goes to Clause 4, Mr. Chairman, on page 5, and reads just the first two lines of that clause, it says:

The purpose of this Act is to advance the objectives of Canadian health care policy

Let us stop there; the purpose is to advance the objectives of Canadian health care policy. Let us then go back to Clause 3 and see what these objectives are. There it says that:

It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada.

I may well want to see an amendment added there to make it more comprehensive than that, because I think that is rather limiting. It does not provide for research, in my view.

[Traduction]

être que l'article 12.c) ne leur donne pas un mécanisme juste et raisonnable leur permettant d'arriver à une entente. Cependant, le libellé est mot pour mot celui de la Loi sur l'assurance-santé. Ce libellé faisait l'objet d'un accord entre les parties à l'époque où l'on a adopté la première loi et il n'y a pas eu de problème à cet égard depuis. Le libellé peut ne pas sembler idéal parce que nous n'avons jamais eu de mécanisme officiel de négociation. Le juge Hall en a recommandé un que j'ai soumis aux provinces et qui a été rejeté par toutes sauf une. Ensuite, la province qui était en faveur s'est opposée à un tel mécanisme et une des celles qui s'y opposaient s'est montrée en faveur de celui-ci, alors que son association médicale s'y opposait. Nous n'avons donc pas adopté l'arbitrage obligatoire comme une des façons possibles de procéder.

L'AMC devrait nous recommander si je comprends bien une méthode précise même si elle a affirmé qu'après avoir étudié les différentes possibilités dans le monde entier, elle n'en a trouvé aucune qui pourrait servir de modèle, à l'exception peut-être des pompiers de Toronto et de l'Institut de la Fonction publique fédérale. Cependant on ne peut tout à coup imposer un modèle à toute la profession sans qu'elle soit d'accord. L'AMC a ensuite dit qu'elle préférerait en matière d'octroi fédéral que les provinces prévoient des mécanismes assurant des négociations justes et raisonnables pour les médecins.

Nous étudierons donc la proposition de l'AMC afin de voir quelles seraient les répercussions sur les règles du jeu déjà établies.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, madame le président. J'aimerais m'entretenir avec le ministre des concepts fondamentaux qui sous-tendent ce projet de loi. Elle a commencé par nous dire ce matin qu'elle ne voulait pas élargir la portée du bill. Bien, mais si telle est son intention, j'ai du mal à concilier ce qu'elle nous dit ce matin avec le projet de loi.

En effet, monsieur le président, les deux premières lignes de l'article 4 à la page 5 prévoient ce qui suit:

La présente loi a pour raison d'être de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé.

Il s'agit bien de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé. Retournons à l'article 3 et voyons quels en sont les objectifs. Cet article précise:

La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser, d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada.

Personnellement, je crois que c'est assez restrictif et qu'il faudrait peut-être élargir la portée du bill. À mon avis, celui-ci ne prévoit pas la recherche.

[Text]

Forgetting that at the moment, the objective is to protect, promote and restore physical and mental well-being. That is exactly what all our witnesses who came before this committee asked for. They want, indeed, to do exactly that. The Minister now tells us that that is not what she wants, yet the Bill says that. Madam Chairman, perhaps she could comment on that. I think the Bill is saying one thing as to what it intends to do for the policy of health in Canada, yet the Minister comes to us today and has a very limited, narrow view that is not what the Bill says. I do not know how she can reconcile those two things.

Madam Bégin: By an amendment, Madam Chairman. The member has a good point. These two clauses, Clauses 3 and 4 of the Bill, are not, as is, in the existing pieces of legislation. Mind you, they were well intended and wanted to repeat the framework under which we wanted to see the whole Canadian system operate.

If I want to respect the word we gave to everybody as to what this Bill is all about... and it is a modest Bill, I have always said and always repeated that it is limited in its purpose, it is only fixing accessibility, really, to medicare—then I would make, in the amendments I am going to go to Cabinet with, an amendment to Clause 3. The first paragraph is really the general paragraph you need to express an objective; but then, when we want to go into more detailed policy objectives, the real truth is that it is not essential to Bill C-3, because it might, and did, become for example for some provinces of an appearance of intrusion into a provincial field. Mind you, it is almost word for word a document that has been discussed by all the provinces and us at the officials' level, which is a report now in circulation for final approval and release, so there is nothing new in it. But if it offers the appearance of being either too limited—which is what your point is about medical research, and it is well taken—or too intrusive, obviously it is not essential to this Bill, so the amendment will propose the deletion of the second part of Clause 3.

As to Clause 4, again it was well intended. We wanted, by writing it, to make sure that we were both in favour of health and were respecting the constitutional powers of the provinces. I will suggest to Cabinet that that part be deleted, simply keeping the essence of that Clause 4, which is that the purpose of this proposed Act is to establish the criteria and conditions under which payments will be made to the provinces—no more, otherwise it could be seen as a false pretence, if I may say so. The Member had a very valid point.

Mr. Halliday: Thank you, Madam Chairman. I am not going to pursue it further, because I think we have to see her amendments in writing. She has very kindly given us what she intends to do and it certainly has broad implications as to what this Bill really means, I think, what it intends.

• 1135

The second point I want to raise, Madam Chairman, is on the same theme that my colleague, Mr. Reid, was on. Being a lawyer, he expresses himself very eloquently and clearly on

[Translation]

Mais laissons cela pour le moment. Le but premier est de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada. C'est exactement ce que tous nos témoins nous ont demandé. Or, le ministre vient nous dire que ce n'est pas ce qu'elle recherche, même si le projet de loi le stipule. Madame le président, le ministre pourrait peut-être me dire ce qu'il en est. Le bill dit une chose, le ministre en dit une autre; elle a une vue très limitée, très étroite du projet de loi, et j'aimerais qu'elle me dise comment concilier les deux choses.

Mme Bégin: Par un amendement. L'argument du député est bon. Ces deux articles, les articles 3 et 4 du projet de loi ne figurent pas de façon intégrale dans la loi actuelle. Ce qui ne veut pas dire que le but visé n'était pas bon, étant donné que nous voulions simplement préciser le cadre dans lequel nous voulons voir fonctionner tout le système.

Ce projet de loi est modeste, je l'ai toujours dit, il a une portée limitée puisqu'il a pour but de préciser la question de l'accessibilité à l'assurance-santé. Pour respecter notre parole quant au but que nous recherchons, je proposerai au cabinet des amendements et notamment un amendement à l'article 3. Le premier alinéa exprime simplement l'objectif visé. Cependant, lorsque nous passons aux détails, ce qui n'est pas essentiel dans le cadre du bill C-3, il semble que nous empiétons sur les questions de juridiction provinciale. Je sais que cet article reproduit presque mot à mot le texte d'un document discuté par les fonctionnaires provinciaux et fédéraux, document qui sera bientôt approuvé et diffusé. Il n'y a donc rien de nouveau. Cependant, si cet article semble trop limitatif—ce que vous semblez vouloir dire, notamment lorsque vous parlez de la recherche médicale, et vous avez sans doute là un bon argument—si cet article semble permettre une intrusion dans les affaires provinciales, étant donné qu'il n'est pas essentiel au projet de loi, l'amendement en question proposera la suppression du deuxième alinéa.

Quant à l'article 4, nos intentions étaient bonnes également. Nous voulions nous assurer que nous favorisions à la fois la mise en oeuvre de la politique de santé et que nous respections les pouvoirs constitutionnels des provinces. Je vais suggérer au cabinet de supprimer cette partie et de ne garder l'article 4 que dans les grandes lignes en précisant que le but de la loi est d'établir les critères et les conditions des paiements aux provinces; rien de plus, sans quoi nous pourrions être accusés de feinte. L'argument du député est certainement très valable.

M. Halliday: Merci, madame le président. Je ne poursuivrai pas davantage, car nous devons attendre de voir les amendements par écrit. Le ministre nous a aimablement dit ce qu'elle avait l'intention de présenter, et ce qui a certainement des implications très vastes quant au but du projet de loi.

Deuxièmement, madame le président, je voudrais parler du sujet soulevé par M. Reid. Étant avocat, il s'exprime de façon très éloquente et claire là-dessus. Je n'aurai peut-être pas la même facilité, mais je voudrais aborder cette question.

[Texte]

that. I may have some difficulty but I want to pursue the same theme.

In giving us her concerns about maintaining an equilibrium in the whole health care system, the Minister did allude to the recommendation from CAIR and to the recommendation she thinks will be forthcoming from CMA. I just could not help but note some of the specific clauses or phrases the Minister used in referring to her desire . . . I do not take away from her or deny her in any way the right to try to maintain an equilibrium. I think that is very commendable in a way.

She used the phrases, for instance, that she does not want to "disrupt the equilibrium" and she wants "to maintain a neutral text", and I appreciate the reason she might want that. Also, she does not want to give "any new and additional burden on the provinces". She was referring there to financial burdens, and I understand that. Finally, she was talking about the need to maintain "the balance of the institution of medicare". Now, these are all saying the same things, Madam Chairman, that she does not want to upset the apple cart, as we sometimes say in English. I do not know what the French expression would be for that.

My point, Madam Chairman, is this. There is no denying the fact that the Bill itself, even the narrow Bill as she is going to define it when she comes to us with the new amendments, just by definition, just by its very introduction, is what is upsetting an equilibrium. In the physical sense, I am sure the Minister understands what equilibrium means. One would have to acknowledge that today the health care system in each province has an equilibrium, and each province has been different. We have been told how they have each approached it in a different way to provide the services they want and how they are going to finance it, and they have all established an equilibrium right now. Now the Minister comes along with Bill C-3, which I think she has a right to do, and she has a purpose for it. But just by definition, that automatically upsets that equilibrium. Now, if the Minister cannot accept that, then we are in real difficulty. But that is just an obvious fact.

Given that, when people come to us like CAIR or CMA or Justice Hall . . . Justice Hall was a prime example of somebody who recognized the fact that an equilibrium was going to be disturbed by the introduction of provisions that would be designed to ban extra-billing and user fees. He said: All right, you must at the same time do something to protect the medical practitioners. I quote no lesser authority than Justice Hall on this business of equilibrium.

So I do not see how the Minister can even contemplate not taking a very serious look and almost being willing to accept offhand something that is going to re-establish the equilibrium which she is obviously and by definition disturbing with this Bill C-3. Of course, the way you do that is to accept some kind of amendment such as the CMA, we understand, is going to bring in.

I would like to leave that with the Minister for an answer. I would have one short question on CAIR afterwards, which will be very short, or do you want me to give it now?

[Traduction]

En expliquant son désir de maintenir un équilibre dans le système de soins de santé, le ministre a mentionné la recommandation de l'ACIR et celle qu'elle pense recevoir de l'A.M.C. Je n'ai pas pu m'empêcher de remarquer certaines expressions utilisées par le ministre dans son explication. Je n'essaie nullement de lui enlever le droit d'essayer de maintenir un équilibre. Je crois que c'est un objectif tout à fait louable.

Elle a dit, par exemple, qu'elle ne voulait pas «bouleverser l'équilibre» et qu'elle veut «maintenir un texte neutre», et je comprends quelles pourraient être ses raisons. Elle dit en outre qu'elle ne veut pas imposer «de nouveau fardeau aux provinces». Elle a parlé de charges financières, et je comprends cela. Finalement, elle a parlé de la nécessité de maintenir «l'équilibre de l'institution de l'assurance-maladie». Or, tout cela revient à dire la même chose, madame le président, le ministre ne voudrait pas faire s'effondrer le château de cartes.

Voici où je veux en venir. On doit reconnaître que le projet de loi lui-même, même dans sa portée très restreinte qui sera définie par les nouveaux amendements aura forcément de par son introduction même cet effet de perturbation. Je suis sûr que le ministre comprend ce que veut dire l'équilibre. On doit avouer que le système de soins de santé dans chaque province a un équilibre et que dans chaque province il est différent. Chacune s'y est prise différemment pour offrir les services qu'elle veut et les financer, et il existe maintenant un état d'équilibre. Voici que le ministre propose le projet de loi C-3, et je crois qu'elle a à la fois le droit de le faire et de bonnes raisons pour cela. Mais il est évident qu'une telle mesure perturbe automatiquement l'équilibre. Or, si le ministre ne peut pas comprendre cela, nous sommes devant une difficulté réelle. C'est un fait évident.

Étant donné cela, quand nous entendons des gens comme l'ACIR ou l'A.M.C ou le juge Hall . . . Le juge Hall a été l'un des premiers à reconnaître que l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs bouleverserait l'équilibre. Il a dit qu'il fallait en même temps prendre des mesures pour protéger les médecins. Je vous cite donc une autorité aussi éminente que le juge Hall au sujet de cet équilibre.

Je ne vois donc pas comment le ministre peut même envisager d'agir sans toute la réflexion nécessaire et ne pas tenir compte d'un amendement qui pourrait rétablir l'équilibre perturbé par le projet de loi C-3. Il s'agit évidemment d'accepter l'amendement qui, d'après nos renseignements, sera proposé par l'A.M.C.

J'attends donc la réponse du ministre. J'ai ensuite une courte question au sujet de l'ACIR, elle sera très courte, à moins que vous préfériez que je la pose maintenant?

[Text]

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Would you put your question right away? Your time is up.

Mr. Halliday: Okay, the short question on CAIR is this. They have consulted two very eminent constitutional experts: John B. Laskin and John Sopinka. Has the Minister had occasion to consult with her experts outside her own departments, such as Justice, or does she restrict her consultations to within her government departments only?

Madam Bégin: I have referred the matter to the Department of Justice for a specialist's advice, Madam Chairman.

I want to say that CAIR amendment or the amendment which may come from the CMA or other amendments... I did not speak of the CHA amendments of having a national health council, for example, or that of the CNA, which is a well known amendment.

• 1140

I am really offering a personal opinion here, but I really think our amendments would be improvements to the health system in Canada, every one of them. But it seems very clear to me that the balance of medicare as an institution became upset in the last five years by extra-billing and user fees which are developing out of control, and just simply developing is a very disturbing fact.

An upset was introduced by these two facts: one was deliberate by the provinces, which might not have understood the consequences on medicare, of user fees; another one was prompted indirectly by the provinces in letting the situation of extra-billing develop, of upsetting the existing balance that has been there forever.

I am very conscious that this bill forces upon the system of medicare clearer, tough rules of the game. I am very conscious of that, as to the two points mentioned: extra billing and user fees. But past that point it does not mean that we can, and it is a matter, of course, of political judgment by all of us, go much farther with this Bill at this moment in our history. The answer is how far can you go without upsetting? I think we are putting back on balance something that was upset by overcharges; we are putting it back into the balance it used to be in, but can I use the occasion to change all sorts of other aspects of the health system without then introducing an imbalance? I do not think so; I do not know how far we can go and still make it acceptable to all the players. By "acceptable" I mean workable. That is my only point and that is what I would offer as an answer.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, madam Chairperson. I have just one comment following the ones by Dr. Halliday about Justice Hall's appearance and the necessity for equilibrium.

[Translation]

Le président suppléant (Mme Killens): Voulez-vous poser votre question tout de suite, votre temps est écoulé.

M. Halliday: La voici: l'ACIR a consulté deux éminents experts constitutionnalistes, John B. Laskin et John Sopinka. Le ministre a-t-elle eu l'occasion de consulter des juristes à l'extérieur du gouvernement ou s'est-elle contentée de consulter seulement les conseillers juridiques des ministères?

Mme Bégin: J'ai soumis la question au ministère de la Justice pour l'opinion des spécialistes, madame le président.

Je tiens à dire que l'amendement de l'ACIR ou l'amendement qui viendra peut-être de l'A.M.C. ou d'autres amendements... Je n'ai pas parlé des amendements de l'A.H.C. concernant l'établissement d'un conseil national sur la santé, par exemple, ou celui de l'A.I.I.C., qui est un amendement bien connu.

Je donne ici une opinion personnelle mais je crois vraiment que tous nos amendements permettraient une amélioration du système de soins de santé au Canada. Il me semble très clair que l'équilibre de l'assurance-maladie en tant qu'institution a été perturbé par l'introduction de surfacturation et de frais modérateurs au cours des cinq dernières années et c'est un phénomène sur lequel on risque de perdre le contrôle.

Un bouleversement a été créé par ces deux phénomènes: dans un cas, il s'agissait d'une décision délibérée des provinces qui n'avaient peut-être pas compris les conséquences des frais modérateurs sur l'assurance-maladie; l'autre a été provoqué indirectement par les provinces qui, en permettant la pratique de la surfacturation, ont mis en péril l'équilibre qui existait depuis toujours.

Je sais très bien que ce projet de loi impose sur le système d'assurance-maladie des règles beaucoup plus précises et plus sévères. J'en suis très consciente, en ce qui concerne les deux points mentionnés, la surfacturation et les frais modérateurs. Mais à part cela, cela ne veut pas dire que nous pouvons aller beaucoup plus loin avec ce projet de loi à ce moment-ci de notre histoire, c'est évidemment une question de jugement politique. Jusqu'où peut-on aller sans créer de bouleversements? Je crois que nous remettons en équilibre un système qui a été déséquilibré par des surcharges mais puis-je profiter en même temps de cette occasion pour réformer toutes sortes d'autres aspects du système de soins de santé sans créer un nouveau déséquilibre? Je ne le pense pas; je ne sais pas jusqu'où nous pouvons aller si nous voulons que le système soit acceptable à tous les intervenants. Par acceptable, j'entends réalisable. C'est tout ce que je voulais dire et c'est ce que je vous donne comme réponse.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, madame le président. J'ai seulement une observation à faire à la suite des remarques de M. Halliday concernant la comparaison du juge Hall et la nécessité de l'équilibre.

[Texte]

I would just like to remind my colleague and friend that Mr. Justice Hall also said, firstly that he agreed with the Bill, but also that whatever machinery he was espousing for a way for doctors to arrive at fee schedules in the provinces should not be established by law, by legislation, and that he was very adamant about that. I just wanted to put it on the record that he was not proposing that we put it in this Bill the machinery for the establishment of fee schedules. That was just for the record.

Je suis sûr que le ministre sait que le projet de loi présentement en délibération, le projet de loi C-3, a suscité un débat au Québec. Ce dernier a pris plusieurs tangentes et j'aimerais peut-être préciser avec le ministre quelques-unes des propositions ou des réserves qui ont été exprimées par le ministre québécois, M. Johnson, qui a maintenant été remplacé par M. Morin, comme vous le savez.

Mme Bégin: Camille Laurin.

M. Lachance: C'est juste, Camille Laurin.

En particulier, il soulignait certains mots qui pourraient éventuellement être interprétés comme un élargissement indu de la situation *ante-quo* et ne répondaient pas à l'engagement du ministre de consolider les deux lois précédentes et, évidemment, d'interdire nommément les deux pratiques qui ont justifié le ministre de présenter ce projet de loi, à savoir les frais aux usagers et la surfacturation.

En particulier, le ministre avait soulevé quelques points que j'aimerais revoir et évaluer avec le ministre si elle a l'intention de proposer des amendements à cet égard. Par exemple, le ministre Johnson avait indiqué que la définition proposée au chapitre des soins dentaires qui devaient être définis par réglementation, risquait de dépasser de beaucoup la pratique déjà existante et pouvait même, éventuellement, obliger les provinces et le Québec, en particulier, à modifier leurs priorités au titre de la planification des services de santé.

• 1145

Est-ce que le ministre a étudié cette crainte qu'a exprimée M. Johnson et, en particulier, est-ce qu'elle a l'intention de revoir le texte proposé afin de s'assurer que le projet de loi C-3, tel qu'il pourrait être modifié, ne fasse que reprendre ou qu'enchaîner la pratique déjà existante en matière de soins dentaires? Je parle, évidemment, des soins dentaires qui sont fournis à l'hôpital, de la chirurgie dentaire.

Mme Bégin: Je voudrais, madame le président, que vous m'accordiez une minute, s'il vous plaît. Pendant ce temps, j'essaierai de trouver le texte que je vais proposer au Cabinet. Je peux, cependant, parler de l'intention générale.

L'intention générale étant de ne pas changer les règles du jeu légales qui s'appliquent depuis toujours à l'assurance-santé, il est un fait que sous l'expression «services...

M. Lachance: C'est à la page 4: «services de chirurgie dentaire admissibles».

Mme Bégin: Voici ce que je voudrais proposer au Cabinet et soumettre ensuite au Comité. La référence à une réglementation

[Traduction]

Je tiens à rappeler à mon collègue et mon ami que le juge Hall a également dit qu'il était d'accord avec le projet de loi et que le mécanisme dont il sera question pour permettre aux médecins de conclure un barème d'honoraires avec les provinces ne devrait pas se réaliser par une loi et il a été très ferme là-dessus. Je voulais souligner qu'il ne proposait pas que le projet de loi comporte des mécanismes permettant d'établir un barème d'honoraires. Je crois que cela doit être clairement compris.

I am sure that the minister knows that the bill we are now studying, Bill C-3, has given rise to debate in Quebec. The debate has gone off in several tangents and I would like to raise with the minister some of the proposals or reservations which were expressed by the Quebec minister, Mr. Johnson, who has now been replaced by Mr. Morin, as you know.

Madam Bégin: Camille Laurin.

Mr. Lachance: Yes, it is Camille Laurin.

He particularly stressed the fact that certain words might be interpreted as an undue extension of a previous situation and did not live up to the minister's commitment to consolidate the two previous laws and, of course, to expressly prohibit both practices at the origin of this bill, namely, user fees and extra billing.

The minister raised some points which I would like to review and assess with the minister to find out if she intends to propose any amendments relating to them. For example, Mr. Johnson indicated that the definition proposed under dental care to be defined through regulation might go far beyond existing practices and could possibly oblige the provinces and Quebec in particular to change their health services planning priorities.

Has the minister looked at this concern raised by Mr. Johnson, and more specifically, does she intend to re-examine the proposed wording to ensure that Bill C-3, as it might be amended, merely repeats or entrenches the current practice with respect to dental care? I am referring, of course, to dental care provided in a hospital, that is, dental surgery.

Madam Bégin: I would appreciate it, Madam Chairman, if you could give me a moment to try to find the document with the wording I will be proposing to Cabinet. In the meantime, however, I can talk about our general intent.

The general intent of the bill is to not touch the regulations that have always governed health insurance. It is true that under the expression "eligible..."

Mr. Lachance: The English version of the paragraph in question appears on page 2 of the bill: "eligible surgical-dental services".

Madam Bégin: I will be submitting the following proposal to Cabinet and then to the committee. The reference to the

[Text]

tion, à la fin du paragraphe français qui se trouve aux lignes 3 à 10, à la page 4, semble introduire un élément d'arbitraire ou d'unilatéralisme qui n'est pas du tout l'intention du gouvernement. Nous n'en avons pas besoin. Nous avons discuté de ce point avec chacune des provinces. Le Québec a peut-être fait tout un plat de la situation, mais c'est une chose que chacun des ministres des provinces m'a suggérée tout simplement quand j'ai fait la tournée des provinces au début de janvier.

Je pense donc qu'il serait très facile d'enlever la dernière expression:

... à l'exception des actes exclus par les règlements.

Cela laisserait une définition claire dans la loi, sans risque d'apparence d'arbitraire. Il faudrait sans doute aussi enlever un ou deux autres mots.

Je répète, madame le président, que c'est une simple remarque que toutes les provinces m'ont faite, alors que le Québec en a fait une crise terrifiante. Je peux donc assurer à M. Lachance que la remarque est prise en considération et que nous allons pouvoir nous en accommoder.

M. Lachance: J'ai écouté avec intérêt et satisfaction les réponses données par le ministre aux questions du docteur Halliday. En particulier, j'ai été très heureux d'apprendre que le ministre entend proposer à ses collègues du Cabinet et au Comité, ultérieurement, que tout le paragraphe 3.(2) du projet de loi soit éliminé. Vous vous souviendrez, madame le président, que le Québec s'était plaint du fait que ce paragraphe du projet de loi pourrait éventuellement être interprété comme une ingérence dans un champ de juridiction provinciale. Je suis heureux de constater que le ministre s'est occupée de cette crainte. Il en est de même pour l'article 4.

• 1150

J'aimerais demander au ministre quels ont été le ton et la nature des discussions entre ses fonctionnaires et ceux de M. Johnson. On nous avait dit qu'il y aurait une rencontre, qui a eu lieu, je pense, il y a une dizaine de jours, pour essayer de clarifier la controverse qui a été suscitée à l'égard des frais aux usagers imposés par le Québec aux résidents permanents ou plus ou moins permanents des institutions. Est-ce que cette rencontre a eu lieu et, dans l'affirmative, peut-on espérer que les inquiétudes que les Québécois ont ressenties devant cet état de faits trouveront une solution, qu'elle soit législative ou administrative, afin que l'on puisse assurer aux Québécois que seuls les résidents permanents ou plus ou moins permanents, ceux que l'on appelle généralement les «chroniques», pour utiliser une expression qui me répugne, mais qu'il faut utiliser pour clarifier les choses, que seules ces personnes, dis-je, sont sujettes à des frais d'hébergement et de nourriture, frais qui sont évidemment autorisés et que la loi n'interdira pas nécessairement?

Je termine là-dessus, monsieur le président.

Mme Bégin: Monsieur le président, au sujet de la discussion entre les fonctionnaires du Québec et les miens à la suite de la visite de M. Pierre-Marc Johnson au Comité, voici ce que j'ai compris du rapport de mes fonctionnaires, quitte à ce que l'on

[Translation]

regulations, in the paragraph that appears between lines 32 and 37, page 2 of the English version, seems to introduce an arbitrary or unilateral approach, which is not at all the government's intention. We, therefore, do not need this reference to the regulations. We discussed this point with each of the provinces. Quebec perhaps made a great deal of the situation, but each of the provincial ministers mentioned the same point, very simply, when I visited each province at the beginning of January.

I think, therefore, that it would be very easy to remove the expression:

... other than procedures excluded by the regulations.

The definition in the act would still be clear, without any danger of appearing arbitrary. We would doubtlessly have to remove another word or two as well.

I repeat, Madam Chairman, that the other provinces simply mentioned this point, whereas Quebec got terribly upset about it. I can, therefore, assure Mr. Lachance that this suggestion is being considered, and that we are going to be accommodating ourselves to it.

Mr. Lachance: I found the minister's answers to Dr. Halliday's questions both interesting and satisfying. I was particularly pleased to hear that the minister intends to propose to her Cabinet colleagues and subsequently to the committee that the whole of Clause 3.(2) of the bill be removed. You will recall, Madam Chairman, that the Quebec minister complained that this provision could be interpreted as federal interference into an area that comes under provincial jurisdiction. I am pleased to see that the minister has taken steps to deal with this concern. The same goes for Clause 4.

I would like to ask the minister about the tone and the nature of the discussions held between her officials and Mr. Johnson's officials. We heard that there was apparently a meeting held about ten days ago, to try to clarify the controversy regarding user fees that Quebec charges in the case of permanent or more or less permanent residents in institutions. Did such a meeting in fact take place, and if so, can it be hoped that Quebec's fears regarding this situation will be resolved either legislatively or administratively? Can we assure Quebecers that only permanent or more or less permanent residents, who are generally called chronic-care patients, a term which I dislike very much, but which must be used to clarify things, that only these individuals then, will be subject to charges for meals and lodging, which are of course authorized and which the bill will not necessarily prohibit?

That will be my final question, Mr. Chairman.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I can make the following comments, subject to refinement and correction if I am mistaken on some details, regarding the discussion between my officials and their counterparts in Quebec following Mr.

[Texte]

raffine et corrige si je fais des erreurs de détails. La catégorie administrative que le Québec utilisait jusqu'à maintenant, à savoir «établissements de soins prolongés», laquelle catégorie couvre différentes réalités hospitalières et à laquelle ils attachent des frais d'hébergement, sera modifiée et le Québec aura maintenant une nouvelle catégorie, «institutions de soins de courte durée», qui couvrira... Je me souviens entre autres de la question qu'a si bien soulevée M. Allmand à ce Comité, et je présume que d'autres l'ont fait. Cette catégorie couvrira donc les maisons de convalescents. On percevait de ces convalescents, et on le fait encore, jusqu'au changement, des frais d'hébergement, c'est-à-dire des frais aux usagers, à partir du premier jour du séjour du malade. Dorénavant, on n'aura plus de ces frais aux usagers. Je m'en réjouis beaucoup, car le principe du projet de loi C-3 est qu'un malade qui n'est pas plus ou moins en permanence dans cette institution, c'est-à-dire qui n'y habite pas pour la vie, n'a pas à payer. Il est malade et son assurance-santé paie.

A mon avis, cela répond aux exigences du projet de loi, d'après ce que j'ai pu comprendre du rapport de mes fonctionnaires.

The Chairman: Mr. Epp, will you carry on, please?

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, we have had a very interesting exchange among the Minister and my colleague, Mr. Halliday, and Mr. Lachance. In the period of time that I have been here we have obviously in various committees debated legislation, brought in amendments; but one thing the government has always been very sure of was the objectives of a Bill. The Cabinet process is such that you cannot get very far if you cannot expressly point out what the objectives of a Bill are. Those things are not modified, because that is the whole purpose of the legislation.

Today we had a major change in the whole legislative process that when we have second reading we debate a Bill in principle. And the principle of the Bill is in the objectives. Everything flows therefrom. Today the Minister has indicated that there is going to be a major change in the objective of the Bill. She made a major change in Clauses 3 and 4. And I want to ask the Minister whether she is now in receipt of a letter from 69 hospitals in Montreal and in the Quebec area—hospitals both French-speaking and English-speaking, hospitals that are both acute care and teaching hospitals, hospitals that have the letters dated March 1. In this correspondence the hospitals of Quebec, the administrators of Quebec, the health care practitioners of Quebec all re-emphasize the point that was made by the minister of Quebec. Today in the amendments to Clause 3, are they a direct response by the Minister to that pressure?

• 1155

The Chairman: Madam Bégin.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I never received nor heard of such a letter or representations. I do not know what Mr. Epp is talking about.

[Traduction]

Pierre-Marc Johnson's appearance before the committee. The administrative category used by Quebec until now, namely "extended-care institutions", which applies to several types of hospitals for which there are accommodation charges, will be changed, and Quebec will now have a new category called "short-term care institutions", which will cover... I remember particularly the question raised by Mr. Allmand at one of the committee's meetings, and I imagine the same point was made by others as well. This category will include convalescent homes. The practice in the past and at present, until it is changed, is to charge accommodation or user fees in the case of convalescence from the first day of their stay in the institution. These user fees will be eliminated in the future. I am very pleased about this, because the principle of Bill C-3 is that patients who do not spend their whole lives in institutions will not have to pay any fees. Such people are ill, and their expenses are paid by health insurance.

From what I understood from my officials, I think this change is in keeping with the requirements of the bill.

Le président: Voulez-vous poursuivre s'il vous plaît, monsieur Epp?

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, nous venons d'entendre un dialogue très intéressant entre le ministre et mon collègue, M. Halliday et entre le ministre et M. Lachance. Depuis que je suis député, il est bien évident que différents comités ont discuté des projets de loi et ont étudié différents amendements. Mais le gouvernement a toujours été très certain des objectifs d'un projet de loi donné. Selon le processus du Cabinet, un projet de loi ne va nulle part sans avoir d'objectifs explicites. On ne modifie pas ces objectifs, car il s'agit du but même du projet de loi.

Aujourd'hui on a introduit un changement majeur dans le processus législatif qui veut qu'à la deuxième lecture on discute des principes des projets de loi. Et le principe d'un projet de loi se retrouve dans ces objectifs. Tout découle de là. Le ministre nous a dit aujourd'hui qu'il va y avoir un changement majeur dans les objectifs du projet de loi. Le ministre a apporté un changement capital aux articles 3 et 4, et je voudrais lui demander si elle est en possession d'une lettre signée par 69 hôpitaux de la région de Québec et de Montréal, hôpitaux qui ont reçu les lettres datées du 1^{er} mars, et qui sont soit francophones ou anglophones. Il s'agit d'hôpitaux de soins actifs qui sont en même temps des établissements d'enseignement. Dans cette correspondance, les hôpitaux de Québec, les administrateurs du Québec, le personnel soignant du Québec soulignent tous l'argument avancé par le ministre du Québec. Les amendements à l'article 3 qui sont présentés aujourd'hui sont-ils le reflet de la pression exercée sur le ministre?

Le président: Madame Bégin.

Mme Bégin: Monsieur le président, je n'ai jamais reçu cette lettre de doléances, et je n'en ai pas entendu parler; je ne sais pas de quoi parle M. Epp.

[Text]

First, I want to immediately reject the statement he made by which I am supposed to have indicated a major change to the Bill. I have not, and will not, indicate any major change to the Bill, no need to say. I think the process is to refine the Bill to have a good Bill, the best Bill possible. That is what we are doing, and that is what we will continue to do with the amendments we are proposing.

I think there is no reason, I want to say, to get excited if we drop the second part of Clause 3. The Bill is speaking of the conditions under which provinces are eligible to get the federal funding; and the Bill is a consolidation of two old pieces of legislation. It never wanted to do more than that. Clauses 3 and 4 are not in the existing pieces of legislation. Maybe I should have picked it before we tabled Bill C-3 in the first place. I did not observe that that would create a sudden huge phoney constitutional crisis in Quebec, because it has no reason to do so.

Now that we have gone through that seance, we all studied again the purpose of these two clauses, which, between us, are pretty innocent. They repeat word for word the general mandate of my department since my department has existed and the general mandate of health which is a document approved by all the provinces on which they have been working between themselves and us since I do not know how many months.

But if they are misconstrued or misinterpreted, then to keep the first general definition, instead of trying to be more specific, it is only common sense for us to suggest to drop that. That is no major amendment. I think if the member studies that he will see it immediately. It is not an essential relation to Bill C-3 itself, which are the five conditions of payment of the federal funding for medicare.

And number 4, I accept it, was not that well expressed in the sense that if you ask yourself what the purpose of the bill is, well, the purpose of the bill is to set up the rules of the game for receiving the money and no more, because more is not in our business.

So in the middle of doing that, we wanted to be perfect and added that we would respect the competence. Well, we appeared to do the opposite. Let us drop the part that is not necessary to the Bill. I think it is a very normal exercise that I am proposing which makes the Bill more to the point of what it is supposed to do. It has nothing to do with changing the nature of the Bill or making major amendments. It is not that at all.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I absolutely disagree with the Minister; absolutely. I cannot put it any other way, and I want to prove the point.

[Translation]

Tout d'abord, et avant toute autre chose, je voudrais, je ne avoir, comme il le prétend, effectué une modification radicale au projet de loi. Je ne l'ai pas fait et, ai-je besoin de le dire, je n'ai pas l'intention de le faire. Ce que j'ai entrepris de faire, c'est de perfectionner le projet de loi pour le parfaire, pour en faire, dans toute la mesure du possible, une excellente loi. C'est ce à quoi nous oeuvrons, et continuerons à oeuvrer en proposant nos amendements.

Il n'y a guère lieu, ajouterais-je, de se mettre en émoi parce que nous proposons d'abandonner la deuxième partie de l'article 3. Le projet de loi énonce les conditions auxquelles les provinces sont admissibles à bénéficier des subventions fédérales et le projet de loi constitue, sans plus, la fusion de deux anciennes lois. Ces articles 3 et 4 ne figurent pas dans les lois actuelles. J'aurais peut-être dû en traiter avant de soumettre le projet de loi C-3, mais je ne pensais pas que cela déclencherait tout à coup un pseudo branle-bas constitutionnel au Québec, parce que cela n'a aucune justification.

Maintenant que c'est fait et que nous avons passé par là, nous avons de nouveau examiné l'esprit de ces deux articles qui, soit dit en passant, sont plutôt anodins, car ils reprennent mot pour mot le mandat général de mon ministère depuis ses débuts et le mandat général de l'assurance-santé, document approuvé par toutes les provinces et qui a fait l'objet de délibérations entre elles et nous depuis je ne sais combien de mois.

Mais si ces articles doivent être mal interprétés ou faussés, il est préférable de conserver la première des soumissions, qui est générale, au lieu d'essayer de préciser, et notre proposition de laisser tomber ces articles relève du simple bon sens, et ne constitue pas une modification radicale. Si le député reprend l'examen de cette question, il s'en rendra bien compte. Ces articles ne présentent qu'un rapport accessoire au projet de loi C-3 qui énonce, pour l'essentiel, les cinq conditions permettant d'obtenir les subventions fédérales à l'assurance-santé.

Quant à l'article 4, j'en conviens, il n'était pas très clairement rédigé, car si vous vous demandez quel est l'objectif du projet de loi, c'est d'énoncer les règles du jeu, celles qui permettent de bénéficier des subventions, un point c'est tout: Nous n'avons pas à nous préoccuper d'autre chose.

Nous voulions, dans la foulée, parachever la loi, et avons donc ajouté que nous respecterions la compétence, mais nous avons, en fait, semblé parvenir au résultat opposé. Laissons donc tomber cette partie qui n'est pas indispensable au projet de loi. Je pense donc me livrer à un exercice tout à fait logique en proposant de ramener le projet de loi à son objectif spécifique, ce qui n'entraîne nullement un changement de nature, ou des modifications radicales. Il ne s'agit pas du tout de cela.

M. Epp: Monsieur le président, je ne suis pas du tout d'accord avec le ministre, et je m'inscris en faux contre cela. Je ne puis m'exprimer autrement, et je voudrais prouver ce que j'avance.

Madam Bégin: You are free to do that.

Mme Bégin: Vous êtes parfaitement libre.

[Texte]

[Traduction]

• 1200

Mr. Epp: The Minister says that in Clause 3 she will keep Clause 3.(1) and if there are modifications we will just say that Clause 3.(1) basically remains the same. She then says that she can drop Clause 3.(2) because "it is not essential to the Bill". That is absolutely a misinterpretation.

Let us look at Clause 3.(2). It says:

(2) It is hereby declared that Canadian health care policy should be designed and administered

(a) to encourage effective allocation of the nation's health resources;

(b) to facilitate the provision of adequate health services throughout Canada; and

(c) to facilitate reasonable access to health services without undue financial or other barriers.

Clause 3.(2)(c) has been the whole *raison d'être* of the extra-billing charge. The Bill that you bring before the committee and the House is that you say you want to eliminate user fees and extra-billing. Then you say you cannot do that so you will put in a financial penalty because of the spending power, that that is the only federal jurisdiction. Fair ball. I understand that, but if Clause 3.(2)(c) is removed you have gutted the Bill and the very purpose that you have in the Bill. Half of your Bill is gone.

Mr. Breau: Read the rest of the Bill.

Mr. Epp: I have read the rest of the Bill.

I am saying to the Minister that when she comes before the House and before the committee she at least should have her objectives straight, but she does not have her objectives straight because she is running into conflict with the provinces, specifically the Province of Quebec, on the jurisdictional question. That was the whole argument about the Bill when you tried to get it drafted in the Justice committee. You had a number of drafts; you could not get it through; you could not get the major portions through so you modified the Bill. Now you are backing off still further.

I am saying that when you come before Parliament at least come before Parliament with an objective that is clearly in mind that you are committed to. What you had was a political exercise, not a health care exercise, and today we have seen that political exercise exposed.

The reason why my colleague from Kingston and the Islands raised the question about your running for the Liberal leadership is that you now have difficulty in Cabinet getting your Bill and your amendments through because all your Cabinet colleagues who might want to run are seeing very clearly what is going to happen. I am saying to the Minister that you cannot bring in these kinds of amendments, these kinds of modifications, and tell this committee to pass your Bill because you are not going to get it that way.

Mme Bégin: Monsieur le président, nous avons eu une séance à ce comité quand le ministre provincial du Québec est

M. Epp: Le ministre dit qu'elle va garder l'article 3.(1), et que s'il y a des amendements à cet article, il restera plus ou moins inchangé. Ensuite elle dit qu'on peut laisser tomber l'article 3.(2), car «il n'est pas essentiel au projet de loi». Il s'agit d'une mauvaise interprétation.

Regardons l'article 3.(2). Il se lit comme suit:

(2) La politique canadienne de la santé a pour objectifs complémentaires ..

(a) de rationaliser l'affectation des ressources du pays en matière de santé;

(b) de faciliter la prestation des services de santé convenables à l'échelle du pays;

(c) de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé sans obstacle indu d'ordre financier ou autres.

L'article 3.(2)(c) a été la raison d'être même de l'élimination de la surfacturation. Vous prétendez que le projet de loi dont le Comité et la Chambre sont saisis vise à éliminer les frais modérateurs et la surfacturation. Vous dites que vous ne pouvez pas prendre cette mesure, et donc vous prévoyez une sanction financière en vertu du pouvoir de dépenser, qui relève de la compétence fédérale. Jusque là ça va. Mais si, par contre, vous enlevez l'article 3.(2)(c), vous avez éviscéré le projet de loi et lui enlevez sa raison d'être. Vous avez éliminé la moitié des objectifs du projet de loi.

M. Breau: Lisez le reste du projet de loi.

M. Epp: J'ai lu le reste du projet de loi.

Je tiens à signaler au ministre qu'elle ferait mieux d'avoir une idée claire des objectifs du projet de loi avant de le déposer en Chambre. Mais elle n'a plus d'idée claire au sujet des objectifs, car elle se heurte à des obstacles de la part des provinces, surtout de la part de la province de Québec. Toutes les discussions concernaient cette question de compétence lorsque vous avez essayé de faire rédiger le projet de loi par le ministère de la Justice. Il y avait plusieurs ébauches de projet de loi, mais vous n'avez pas réussi à les faire approuver, et vous avez donc modifié le projet de loi. Maintenant vous reculez encore davantage.

Lorsque vous présentez un projet de loi au Parlement, il faut au moins avoir une idée claire des objectifs que vous vous engagez à respecter. Nous avons constaté aujourd'hui qu'il s'agit d'un exercice politique et non pas d'un exercice concernant les soins de santé.

Si ma collègue de Kingston et les Îles vous a demandé si vous alliez vous présenter comme candidate au leadership du parti libéral, c'est parce que vous avez du mal à faire accepter votre projet de loi et les amendements par le Cabinet, car tous vos collègues du Cabinet qui aimeraient poser leur candidature voient très bien ce qui va se passer. Je signale au ministre qu'elle ne peut présenter ce genre d'amendements et s'attendre à ce que le Comité adopte le projet de loi quand même. Les choses ne vont pas se passer comme cela.

Madam Bégin: Mr. Chairman, this committee was treated to a show when the Quebec Minister appeared, and now we are

[Text]

venu, et nous tenons maintenant une deuxième séance. Cela n'est pas nécessaire et ne fait pas avancer la compréhension du projet de loi, ni les travaux du Comité.

J'avoue que je ne comprends pas la gratuité avec laquelle on le fait, parce qu'il est évident pour quiconque connaît ce qu'est un projet de loi, connaît le monde de la santé et connaît les deux législations déjà existantes, que cette consolidation se veut—nous l'avons dit souvent—le plus proche possible, sinon textuelle par rapport aux deux législations déjà existantes, ce que nous essayons de faire. S'il y a eu de petites erreurs de traduction, ou si les gens ont, par bonne intention, exprimé des choses qui n'étaient pas dans l'ancienne loi, cela n'a pas d'affaire là et c'est le temps de faire le ménage. C'est ce que je propose, et c'est ce que je continuerai de proposer, très sûre de ce que nous faisons pour consolider l'assurance-santé.

Je vais donc répéter—parce que je pense que le député a fait une distorsion considérable de ce qu'il y a dans ce projet de loi et de ce que nous essayons de faire... l'accessibilité qui est en jeu, en particulier en ce moment au Canada, par la surfacturation imposée par les médecins ou les provinces dans les frais aux usagers, est clairement définie et établie au paragraphe 12 du projet de loi, comme nous le voulions. Nous avons précisé le paragraphe 12.

En ce faisant et en établissant la consolidation des deux vieilles lois déjà existantes, si les fonctionnaires ont introduit des paragraphes comme 3 et 4, qui n'étaient pas dans les anciennes lois déjà existantes et qui, en plus, s'avèrent source d'apparentes frictions très graves et inutiles, nous enlèverons les éléments de nouveauté, bien qu'innocents, qui pourraient servir à des fins politiques, car nous ne ferons pas de politique sur le dos de l'assurance-santé.

Je voudrais répéter... Monsieur le président, tout ce qu'a dit le député à propos de supposés textes de loi précédents qui sont allés au Cabinet ou à la Justice et qui ont été refusés, je dois dire que c'est une fausseté. Je ne sais pas pourquoi le député introduit des faussetés lors d'une séance de travail comme celle-ci.

• 1205

Je le répète une dernière fois: ces paragraphes sont des paragraphes bien intentionnés, et lorsque nous avons étudié les anciennes mesures législatives, nous ne les y avons pas trouvés. Je propose donc de les reprendre pour rapprocher le plus la loi de ce que l'on a toujours dit, soit des textes déjà existants. Il ne s'agit donc pas d'un recul, mais de respecter notre engagement d'honneur. Ce projet de loi a été produit le plus rapidement possible pour accommoder tout le monde. Il est normal, lorsqu'on se parle, de dire que telle chose marche. Le député, qui est un représentant de la province du Manitoba, s'est-il demandé pourquoi j'ai visité et rencontré neuf ministres provinciaux et un ministre territorial qui ne m'ont pas formulé de plaintes à propos de ces deux paragraphes et cela, sous l'oeil des médias, et que, tout d'un coup, un ministre arrive hors de tout contexte et explose? S'est-il demandé comment il se pourrait que neuf aient été aveugles? S'est-il posé la question?

[Translation]

being treated to a second performance. This type of thing is not necessary and does not do anything to further understanding of the Bill or the committee's work.

I must confess that I do not understand the gratuitousness of the remarks, because it is obvious for anyone who knows what a bill is, who is familiar with health care and who is familiar with the two existing acts, that we are trying to follow them as closely as possible, if not word for word. We have often made this point. If there are some slight translation errors, or if well-intentioned people have stated things that did not appear in the former legislation, they do not belong in this Bill and it is time to clean them up. That is what I am proposing, and that is what I will continue to propose. And I am very sure of what we are doing to consolidate health insurance.

I will therefore repeat myself—because I think that the member has made a serious distortion of the Bill and what we are trying to do. Accessibility is the principle that is endangered in Canada at this time, because of the extra billing by doctors or user fees charged by the provinces. This principle is clearly defined and established in Clause 12 of the Bill. We have clarified Clause 12.

If, in consolidating the two existing acts, officials introduce clauses such as Clause 3 and 4, which were not in the existing acts, and which, in addition, are causing very serious and unnecessary friction, we will remove these new provisions. While they may be innocent, they could be used for political purposes, and we will not engage in political gains at the expense of health insurance.

Let me repeat what I said. Mr. Chairman, everything that the member said about alleged preceding draft bills that went to Cabinet or to Justice and were refused is false. I do not know why the member is introducing false statements at a working meeting like this.

Let me repeat one final time: there are good intentions behind these clauses, but when we look at the existing legislation, we did not find equivalent provisions therein. I therefore suggest that we rework them to bring them in line as closely as possible with the existing legislation. I am therefore not backing off, but simply living up to our commitment. This bill was drafted as quickly as possible to accommodate everyone. In the course of discussions, it is reasonable to say that such and such a provision is all right. Has the member, who represents Manitoba, wondered why I met with nine provincial ministers and one territorial minister, and none of them complained at all about these two clauses. Furthermore these meetings were given very full media coverage. Have you wondered why all of a sudden one minister turns up all of a sudden and explodes? Have you wondered why it is that nine of the ten ministers were blind? Has he asked himself this question?

[Texte]

En toute bonne foi, parce que sans bonne foi on ne peut travailler, ne pourrait-il pas se demander comment cela se fait? Ce texte-là, c'est un texte qui, en toute bonne foi, d'après les fonctionnaires qui ont rédigé le projet de loi, provient d'un document qui a été soumis à l'étude des ministres provinciaux à des fins de diffusion comme document officiel, produit par leurs fonctionnaires et les nôtres et sur lequel ils travaillent depuis des mois. C'est un texte vague et très général qui a trait à la santé en soi et non pas à l'assurance-santé, ce qui est fort différent.

Il est donc sage, à mon avis, de l'enlever d'ici, s'il est mal interprété. Je l'offre en toute bonne foi au Comité.

The Chairman: Mr. Epp, a final comment at this time.

Mr. Epp: A final question. I am glad the Minister confirmed a statement I have made, and I want to ask her, now that she has been specific on what she will do in Clause 3, what will she do in Clause 4, the purpose of the Bill. Specifically, on Clause 4, what will she be proposing in terms of an amendment?

Mme Bégin: Je répète que j'ai contredit le député, monsieur le président, et j'espère que c'est clair. Il n'a pas eu l'air de comprendre, mais je l'ai contredit violemment parce que sa sortie est tout simplement malhonnête quant aux faits.

J'ajouterai, parce que je peux le répéter avec plaisir, que dans le paragraphe 4, si l'on se demande ce que veulent dire les mots 'raison d'être', il est clair que la raison d'être de ce projet de loi est d'établir les conditions suivant lesquelles les versements du plein montant seront effectués. Donc, sans utiliser le mot à mot, la partie supplémentaire de ce paragraphe qui disait qu'elle a pour raison d'être de favoriser la mise en oeuvre, quand on y pense vraiment, c'est à la fois vrai et faux. Ce n'est pas vrai parce que l'on ne parle pas de l'orientation en matière de santé, car le gouvernement fédéral n'a pas le droit de le faire. Donc cette partie n'est pas essentielle à la loi et la partie qui essaie d'établir le respect constitutionnel,—et de toute façon la Constitution est là pour protéger tout le monde,—alors la seconde périphrase qui dit:

... compte tenu de la compétence première des provinces en ce qui concerne la prestation des services de santé, ...

comme elle a l'air de faire plus de mal que de bien et qu'elle n'essaie de dire qu'un truisme, à savoir que tout le monde respecte la Constitution en matière de santé, elle n'est pas essentielle. La Constitution étant plus large que ce seul projet de loi, je propose d'enlever ces deux membres de phrase.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp. I will go to Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, with respect to what has most recently been discussed, I do not think the sky is falling because Clause 3.(2) is being removed, but I do not quite understand why it is being removed. I would certainly like to see it remain. I do not see any difficulty with having a clause in it that sets out what health care policy ought to be. If I understand the Minister correctly, it is as a response to the concern expressed by the Government of Quebec about this

[Traduction]

In all good faith, because without good faith, we cannot accomplish anything, could he not ask himself why this is? According to the officials who drafted the bill, this text was taken in good faith, from a document that was submitted to the provincial ministers for study and distribution as an official document. This document was prepared by the provincial officials, and our officials, and has been the basis of their work for months. It is a very vague, general statement on health itself, and not health insurance, which is a very different thing.

In my opinion, it is therefore wise to remove the clause if it is being interpreted incorrectly. I offer this to the committee in all good faith.

Le président: Un dernier commentaire, monsieur Epp.

M. Epp: Une dernière question. Je suis heureux que le ministre vienne de confirmer ce que j'ai dit. Je tiens à lui demander, maintenant qu'elle a précisé ses intentions quant à l'article 3, ce qu'elle compte faire dans le cas de l'article 4, concernant la raison d'être du projet de loi. Quels amendements va-t-elle proposer à l'article 4?

Madam Bégin: I would like to repeat that I contradicted the member, Mr. Chairman, and I hope I am making myself clear. He does not seem to understand that I contradicted him violently, because his remarks were quite simply incorrect.

I am pleased to repeat that it is clear that the "purpose" referred to in paragraph 4 relates to the establishing of conditions that must be met before full payment may be made. Without giving you the exact wording, the other part of the clause said that the purpose was to advance the objective of the Canadian health care policy. When we think about this statement carefully, we realize that it is both true and false. It is false, because we are not talking about health care policy, because the federal government has no right to do so. Hence this phrase is not essential to the bill, and the phrase that refers to the distribution of powers under the Constitution—in many cases the Constitution exists to protect anyone—reads as follows:

... while recognizing the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services, ...

Since this statement seems to be causing more harm than good, and since it is simply stating the obvious, namely that everyone respects the distribution of health care powers under the Constitution, it is not essential. Since the Constitution is broader than any single bill, I suggest that these two phrases be removed.

Le président: Merci, monsieur Epp. Je vais maintenant donner la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, à mon avis l'élimination de l'article 3.(2) ne constitue pas une catastrophe. Pourtant, je ne comprends pas très bien pourquoi on l'élimine. J'aimerais certainement que cet article continue de faire partie du projet de loi. Je ne vois pas pourquoi le projet de loi ne puisse pas avoir un article qui précise ce que la politique canadienne de la santé devrait être. Si j'ai bien compris le ministre, on enlève cet article à cause des inquiétudes exprimées par le gouvernement

[Text]

particular clause. Have you sought any constitutional opinion on this or do you just simply want a sort of hassle-free existence and you are just going to drop this rather than pursue it?

• 1210

Madam Bégin: Constitutional opinion on what, Mr. Chairman?

Mr. Blaikie: Why are you backing off, like you have touched something hot here?

Madam Bégin: Well, I think I will have to repeat it once more then. I thought, Mr. Chairman, that this morning's first appearance was to indicate the reaction and where the government is ready to move. After having heard all the witnesses I thought that was the process. I still think that is the way to understand it and the exact wording, as soon as it is ready, will of course be tabled.

Mr. Blaikie: I ask . . .

Madam Bégin: Would you let me finish my sentence, if you would permit me? In all, the witnesses . . .

An hon. Member: The ten provinces.

Madam Bégin: —there are the ten provinces and there are all the other players who came in front of the committee. If this becomes a serious irritant without any reason, if it has no essential reason to be in the Bill, we will go as close as possible to the text of the existing legislation, which has always been our intent.

Mr. Blaikie: Could I ask the Minister a question through you, Mr. Chairman, having to do with parliamentary accountability. I was wondering if the Minister could elaborate a bit more, without going into the specific final wording, what she has in mind with regard to the parliamentary accountability that she mentioned, particularly with regard to the concern the provinces expressed about ministerial discretion?

Madam Bégin: What section are you on?

Mr. Blaikie: Well, you have mentioned parliamentary accountability with respect to the concerns about unilateral powers given to you under the Bill in Clauses 14 and 22. You said you had amendments forthcoming in that area. I was wondering if you could elaborate a bit more on what you had in mind there, because one of my initial concerns about the Bill was that there was too much power residing in the Minister's office itself. Some provinces suggested an appeal procedure, like the Province of Saskatchewan, for instance. Others, like the NDP, have suggested that there be more parliamentary accountability for any reductions in federal transfer payments that the Minister wants to make over and above what is provided for in the non-discretionary formula having to do with extra-billing and user fees. What do you have in mind?

Madam Bégin: In Clause 14 we are going to propose a formal, spelled out mechanism of consultation as opposed to

[Translation]

du Québec à ce sujet. Avez-vous consulté à ce sujet un spécialiste en matière de constitution, ou voulez-vous seulement vous simplifier la vie, et allez-vous y renoncer plutôt que d'y donner suite?

Mme Bégin: Un spécialiste en matière de constitution, mais à quel propos, monsieur le président?

M. Blaikie: Pourquoi battez-vous en retraite, comme si vous vous êtes brûlée?

Mme Bégin: Ma foi, je crois que je vais devoir me répéter. Je pensais, monsieur le président, qu'en comparaisant ce matin je devais expliquer notre réaction et indiquer l'orientation que le gouvernement est disposé à prendre. Après avoir écouté tous les témoins, je pensais que c'était là ce qu'il fallait faire. Je pense toujours que c'est l'interprétation à donner, et le texte sera bien entendu présenté aussitôt que sa rédaction aura été mise au point.

M. Blaikie: Je demande . . .

Mme Bégin: Est-ce que vous permettez que je termine ma phrase? En tout, les témoins . . .

Une voix: Les dix provinces.

Mme Bégin: . . . il y a les dix provinces, et tous les autres intervenants qui ont comparu devant ce Comité. Si cette question est la pierre d'achoppement, sans justification aucune, si sa présence dans le projet de loi n'est pas essentielle, nous maintiendrons dans toute la mesure du possible le texte actuel, ce qui a toujours été notre intention.

M. Blaikie: Puis-je, par votre intermédiaire, monsieur le président, poser au ministre une question qui porte sur l'obligation de rendre compte au Parlement. Je me demandais si le ministre pourrait, sans entrer dans le mot à mot du texte définitif, nous parler un peu plus longuement de son intention en matière d'obligation de rendre compte au Parlement, en particulier en ce qui concerne les appréhensions des provinces en matière de pouvoir discrétionnaire du ministre?

Mme Bégin: De quel article parlez-vous?

M. Blaikie: Vous avez mentionné l'obligation de rendre compte au Parlement à propos des appréhensions soulevées par la question des pouvoirs unilatéraux qui vous sont accordés par les articles 14 et 22 du projet de loi, et vous avez dit que vous étiez en train d'élaborer des amendements à cet effet. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus long sur cette question, et sur vos intentions, car l'une de mes premières objections au projet de loi, c'est qu'il donnait trop de pouvoirs au bureau du ministre. Certaines provinces, la Saskatchewan, entre autres, ont proposé une procédure d'appel; d'autres, le NPD, par exemple, ont proposé d'élargir l'obligation de rendre compte au Parlement pour toute réduction des paiements de transfert fédéraux qui aurait été décidée par le ministre en sus de ce que prévoit la formule obligatoire appliquée à la surfacturation et aux frais modérateurs. Quelle est votre intention?

Mme Bégin: Nous allons proposer, dans l'article 14, un dispositif de consultation formel et clairement énoncé, au lieu

[Texte]

simply having the words "consultation must take place" because it may be too vague, etc. So that is what will be proposed. It is true that the Minister from Saskatchewan proposed an appeal mechanism, but then the appeal mechanism—just a minute—that is it, the appeal mechanism we will not propose after having explored it. You cannot have the implementation of an Act subject to a kind of compulsory arbitration on both governments. The problem of an appeal mechanism, basically, is who is the third party? The appeal mechanism implies an appeal to somebody, and that somebody is either a one-person or a three-person tribunal of which the Province and the federal government will each appoint one. Who is the third one and who chooses that third party? We could never get around the practical problems that raises in a country like Canada, with the two levels of government, so I think it is not practical at all. You cannot translate it. So what we did was to make sure by both Clause 14 and changes to Clause 22 that very soon a formal mechanism protecting both parties, provinces and the federal government and, second, that it comes into the open at one point in the mechanism for the public to know exactly what goes on, creating a balance in the procedure.

• 1215

Mr. Blaikie: Where does it come into the open?

Madam Bégin: To the existing Clause 14—the way it reads, I do not think there are changes to the part that is already in the Bill. We are talking of an addition which would spell out consultation. For example, at one point in time within 90 days we would propose that a report of findings be issued after the various steps of consultation have taken place in a province.

Mr. Blaikie: Is Parliament involved in any way? You mentioned parliamentary accountability.

Madam Bégin: No, I did not mention that at all this morning.

Mr. Blaikie: I thought you did.

Madam Bégin: I do not know of what you are speaking, exactly.

Mr. Blaikie: I must be hallucinating.

Madam Bégin: No, I did not use that expression this morning. That is why I fail to see . . .

Mr. Blaikie: So Parliament is not involved at all in what you have in mind.

Madam Bégin: We are talking in Clause 14 of—it is called "Defaults", and it is the penalty part, basically. Parliament approves the Bill under which the Minister will administer the program.

Mr. Blaikie: Parliament can also approve a Bill in which there are provisions for going back to Parliament, rather than leaving certain things up to the Minister. What I was asking was if the appeal process suggested by provinces is rejected

[Traduction]

de conserver simplement les mots «il doit y avoir consultation», parce que cette formule est peut-être trop vague, etc. C'est donc ce que nous allons proposer. Il est exact que le ministre de la Saskatchewan a proposé une procédure d'appel, mais après avoir examiné cette question, un instant, s'il vous plaît, nous avons décidé de ne pas l'adopter. L'application d'une loi ne peut être tributaire d'une espèce d'arbitrage obligatoire pour les deux gouvernements. Avec une procédure d'appel, la question fondamentale est de savoir qui sera la tierce partie? La procédure d'appel signifie le recours à un tiers, un tiers qui peut être soit une seule personne, soit un tribunal composé de trois personnes dont une sera nommée par la province et l'autre par le gouvernement fédéral. Mais qui sera la troisième personne, et par qui sera-t-elle choisie? Nous ne pourrions jamais surmonter les difficultés pratiques que pose un pays comme le Canada avec les deux niveaux de gouvernement, et cette solution ne me paraît donc nullement pratique. Il est impossible de la mettre en oeuvre. Nous avons donc entrepris de nous assurer, à la fois par l'article 14 et les modifications à l'article 22, que sera mis en place très prochainement un dispositif formel protégeant les deux parties, les provinces et le gouvernement fédéral et que ce dispositif sera exposé au grand jour afin que le public sache exactement ce qui se passe, et afin d'introduire un élément d'équilibre dans la procédure.

M. Blaikie: Quelle est la tribune où l'on discutera de ces questions?

Mme Bégin: Nous parlons ici des dispositions supplémentaires à l'article 14 qui préciseraient le mode de consultation. Par exemple, à un moment donné au cours des 90 jours, nous proposerions l'établissement d'un rapport d'enquête après les étapes de consultation dans une province.

M. Blaikie: Le Parlement participerait-il de quelque façon que ce soit? Vous avez parlé d'obligation de rendre compte au Parlement.

Mme Bégin: Non, je n'ai pas mentionné cela du tout ce matin.

M. Blaikie: C'est pourtant ce que je pensais.

Mme Bégin: Je ne vois vraiment pas de quoi vous parlez.

M. Blaikie: Je dois être en train de divaguer.

Mme Bégin: Je n'ai pas utilisé cette expression ce matin. C'est la raison pour laquelle je ne peux comprendre . . .

M. Blaikie: Ainsi donc le Parlement ne participerait en aucune façon?

Mme Bégin: L'article 14, intitulé «Manquements» est en fait l'article qui prévoit les sanctions. Le Parlement approuve le projet de loi en vertu duquel le ministre appliquera ensuite le programme.

M. Blaikie: Le Parlement peut également approuver un projet de loi prévoyant dans certains cas renvoi au Parlement plutôt qu'au ministre. Si le processus d'appel suggéré par les provinces est rejeté sous prétexte qu'il n'existe pas de tierce

[Text]

because there is no third party to which the dispute can be referred, if there is a dispute—what I am suggesting, and have been suggesting for some time, and I thought maybe you were indicating you were going in that direction, although I am not so sure now, was that Parliament be used in that way; apart from the non-discretionary penalties having to do with extra-billing and user fees, in those other areas where the Minister has latitude to penalize provinces for not meeting program conditions, that there be a hearing at least in Parliament; after all this consultation has gone on, if the Minister still decides that she wants to reduce federal transfer payments, that Parliament will be consulted as to the advisability of whatever reductions are suggested by the Minister, so there would at least be some place where there would be a public hearing of the case of the federal government. Presumably if the provinces had a case, there would be somebody in Parliament who would be willing to put it.

Is that what you had in mind, or is that completely unacceptable?

Madam Bégin: On that point, Mr. Chairman, we are not going the route the member suggests, for I think obvious reasons. In the automatic penalties, which are the penalties applying to extra-billing and user fees, they are automatic and well known; and that is the essence of the Bill. They are of the nature of a dollar for a dollar; the point being to stop that practice as fast as possible.

As to possible other breaches of the proposed Act, and possible, this time discretionary, penalties, we are not surrendering to Parliament the job of the department and of the Cabinet. So what is proposed is a process by which *x* steps must be respected of checking facts and figures and information between province *x* on a possible breach and the federal government. If the federal Minister is satisfied that there is a breach of another section of the proposed Act, of another condition of the proposed Act, that goes to Cabinet for Governor-in-Council decision and that is referred to Parliament with—how many days? I think we are enlarging the number of days. I am sure, but I do not have the details. We are giving enough days in both Houses of Parliament for the decision to become public and for the political forces at play to air the issue if need be. It is like an added protection, but it is not for a committee of Parliament to do the job of Cabinet, I think.

• 1220

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, what does the Minister mean by "refer it to Parliament"—just sort of abstractly? Refer it to Parliament in what way?

Mme Bégin: Tabled in the . . .

Mr. Blaikie: Table what you intend to do. You mean inform Parliament, not refer it to Parliament.

Mme Bégin: You have that on page 10 of the Bill. That is a concept that has been in use for quite some time.

Mr. Blaikie: Yes, I realize that, but all you intend to do, really, is inform Parliament?

[Translation]

partie qui pourrait être considérée comme arbitre, le Parlement ne pourrait-il jouer un tel rôle? C'est ce que je suggère depuis longtemps! Il me semblait que c'est ce que vous vouliez dire, même si je n'en suis plus tout à fait sûr maintenant. Je ne veux pas parler des sanctions obligatoires en matière de surfacturation et de ticket modérateur, mais bien des autres domaines où le ministre a le choix de pénaliser les provinces parce qu'elles ne se conforment pas aux conditions du programme. Il me semble que dans de tels cas, la question devrait être soumise au Parlement. Après les consultations, si le ministre estime qu'elle veut réduire les paiements de transfert fédéraux, le Parlement pourrait être consulté et le public serait de cette façon informé. Si les provinces avaient de bons arguments, quelqu'un pourrait se charger de les présenter au Parlement.

Est-ce cela que vous vouliez dire ou est-ce complètement inacceptable?

Mme Bégin: Nous n'envisageons pas les choses de cette façon, monsieur le président, et pour des raisons évidentes. Les sanctions automatiques, qui s'appliquent en cas de surfacturation et de ticket modérateur, sont automatiques pour des raisons bien connues. Celles-ci sont à la base même du projet de loi. Les sanctions correspondent exactement au montant en cause et ceci, afin d'arrêter ces façons de procéder le plus rapidement possible.

Quant aux autres infractions, qui impliquent des sanctions discrétionnaires, nous n'abandonnons pas au Parlement le travail qui est véritablement celui du ministère et du Cabinet. Donc les dispositions prévues sont les suivantes, il s'agira de vérifier les faits et les chiffres portant sur une infraction possible d'une province. Si le ministre fédéral estime que la province en question ne respecte pas un article de la loi, il soumettra les choses au Cabinet afin d'obtenir une décision du gouverneur en conseil. Il y aura renvoi au Parlement pendant un certain nombre de jours dont nous allons d'ailleurs augmenter le nombre. Je n'ai pas les détails ici. Nous travaillons suffisamment de jours dans les deux Chambres du Parlement pour que la décision devienne publique et que les forces politiques en jeu permettent à la question d'être discutée au besoin. En fait, il s'agit simplement d'une protection supplémentaire, mais il ne faudrait pas qu'un comité du Parlement fasse le travail du Cabinet.

M. Blaikie: Monsieur le président, que veut dire le ministre lorsqu'elle parle de «renvoyer au Parlement» de façon abstraite? De quelle façon peut-elle s'y prendre?

Mme Bégin: Il faudrait déposer . . .

M. Blaikie: Déposer votre intention, vous voulez dire informer le Parlement et non renvoyer au Parlement.

Mme Bégin: Tout est prévu à la page 10 du projet de loi. Il s'agit là d'un concept qui est utilisé depuis pas mal de temps.

M. Blaikie: Je m'en rends compte, mais tout ce que vous voulez faire alors, c'est seulement d'informer le Parlement?

[Texte]

Mme Bégin: No, it is to enlarge the period of time in which it is tabled—in other words, made public in front of both federal Houses—in order to permit one more exercise of the political appeal by the provinces against the federal recommended decision.

The Chairman: Dr. Lang, Miss MacDonald . . .

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just one more.

The Chairman: If you have a brief one.

Mr. Blaikie: Yes. Mr. Chairman, just on this the Minister says that the Department of National Health and Welfare cannot surrender its responsibilities to the Parliament of Canada. The Department of National Health and Welfare has only those responsibilities which are delegated to it by the Parliament of Canada so the Parliament of Canada and its instrument, this committee, and subsequent to that Parliament itself can take away any role the Department of National Health and Welfare has that it wants to. We are debating whether or not, when a Minister decides after all these processes of consultation, which are probably just *pro forma* . . . when you finally want to do something you have to come before somebody . . . not simply table it for 90 days or whatever you have in mind, but come before somebody and actually have to have parliamentary approval.

It is not such an unreasonable request. We see in this process that we have before us now all parties agreeing that the federal government ought to do something about particular issues having to do with medicare. So it is not unlikely that if you have a good case and you come before Parliament you can make it, and I am suggesting to you that you consider that as a way of legitimizing whatever penalties might be considered by the federal government down the road. Hopefully, there will not be an occasion for it.

Mme Bégin: It is a bit strange that the member suggests that there may be something illegitimate in the exercise by the department and by the government of an Act that would have gone through Parliament and been approved and given to us as a mandate by Parliament. So on that I think that is a wrong choice of words.

On the mechanism the member proposes, we looked into it, but the problem on the appeal . . . It is a kind of appeal—be it on automatic penalty or on discretionary penalties or on both—an appeal mechanism that includes the federal . . . For example, the standing or a special committee of the House of Commons for the implementation of this Bill is not in the eyes of the provinces a neutral ground . . . absolutely not—and does not interest them one bit, and is a misuse, it seems to me, of the function of Parliament and of committees, and I do not know of any Act in which that exists.

Mr. Blaikie: We could break some new ground, could we not?

The Chairman: Thank you for now, Mr. Blaikie.

Mme Bégin: Let us start by consolidating medicare.

The Chairman: Dr. Lang.

[Traduction]

Mme Bégin: Non, j'ai l'intention d'étendre la période pendant laquelle cette question sera déposée devant le Parlement, ou rendue publique, si vous voulez, devant les deux chambres du Parlement fédéral; cela permettra aux provinces de se prononcer politiquement contre une décision recommandée par le gouvernement fédéral.

Le président: Docteur Lang, mademoiselle MacDonald . . .

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aurais une autre question à poser.

Le président: Si elle est brève.

M. Blaikie: Oui. Le ministre dit que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut abandonner ses responsabilités au Parlement du Canada. Or, ce ministère ne détient que les responsabilités qui lui sont déléguées par le Parlement et par son instrument, ce Comité. Le Parlement peut donc enlever au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social toutes les attributions qu'il veut. Tous ces processus de consultation ne sont là que pour la forme. Ce qu'il faut, en cas de litige, ce n'est pas simplement déposer le problème devant le Parlement pendant 90 jours, mais pouvoir saisir quelqu'un et avoir l'approbation du Parlement.

Ce n'est pas une requête si déraisonnable que cela. Toutes les parties sont d'accord pour dire que le gouvernement fédéral devrait prévoir quelque chose concernant les questions qui relèvent de l'assurance-santé. Donc, dans les questions en litige, on devrait pouvoir se rendre devant le Parlement pour défendre sa cause. Je vous suggère d'étudier une telle possibilité et j'espère qu'on ne devrait pas y avoir recours.

Mme Bégin: Le député semble vouloir dire qu'il y aurait quelque chose d'illégal dans l'application d'une loi par le ministère et le gouvernement alors que cette loi aurait été adoptée par le Parlement. Par conséquent, je crois que votre emploi des termes n'est pas très judicieux.

Quant au mécanisme que propose le député, nous l'avons étudié, mais le problème en ce qui concerne l'appel . . . En fait, il s'agit bien d'un appel—dans le cas des sanctions automatiques ou discrétionnaires . . . Un mécanisme d'appel donc qui inclut le gouvernement fédéral . . . Un Comité permanent ou spécial de la Chambre des communes ne serait pas considéré par les provinces comme territoire neutre. De plus, cela ne les intéresserait pas d'y avoir recours. Il faut dire également qu'il s'agit là d'un mauvais usage du Parlement et des comités, et je ne connais aucune loi où un tel mécanisme soit prévu.

M. Blaikie: Il y a un commencement à tout, n'est-ce pas?

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

Mme Bégin: Commençons par consolider l'assurance-santé.

Le président: Docteur Lang.

[Text]

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

Madam Minister, I would like to ask a question that relates to Clause 12.(a) with regard to not having any conditions or any impediments, whether direct or indirect, to insured persons for insured health services. The example I am going to give is one that some of the physicians or health care providers have been giving, and that would be a Canadian who develops, let us say, accelerating angina, where there is developed heart disease, coronary artery disease that is getting worse on an accelerating basis. They require coronary bypass surgery, but in the area of the country in which they live the waiting list would be six months to a year. For that person that waiting period may be a time interval in which the person could have a heart attack. So they would be impeded from the services because of the length of delay.

• 1225

Now, does the Bill we are considering, Bill C-3, the Canada Health Act, through Clause 12.(a) in any way enable the government to guarantee accessibility to the person for this kind of service, or is this something . . . ?

Madam Bégin: I am advised by my officials, Mr. Chairman, that Dr. Lang is talking of health problems, fatal or less serious, which would be the consequence of the practice of waiting lists, which now exist in some hospitals in Canada. Vis-à-vis this Bill C-3, which is the federal medicare Bill or the Canada Health Act, the person would have to prove denial of accessibility. I will not make anybody believe I think it would be easy just on a one-case basis like that, but am I to prejudge that? It never happened; let us put it that way. You have had the practice of waiting lists now since what, 10 years?

An Hon. Member: Always.

Madam Bégin: Always in a way, but I would say 10 years in the sort of systematic new administrative categories we witness now in many hospitals in Canada. That provision which now exists was never used, because the same basic condition is expressed. It has never been used. Pressure would naturally normally be put directly on provincial government xyz. Past that point, legally it would have to be made under denial of accessibility on medical necessity grounds; always that, medical necessity.

Mr. Lang: That is precisely what I am getting at. If the province is not providing the proper service or is denying access to it by having excessively long waiting lists, does this Bill have the clout so that a person, say, who had accelerating angina would be able to go through the courts, if they suffered a heart attack, to receive compensation from the province? For example, if an individual developed angina, was not able to get coronary by-pass surgery and then had a heart attack with sufficient complications that that person was not able to go back to work, would the person then be able to use this Bill to sue the province for compensation of his or her lifetime earnings?

Madam Bégin: We think this is not a clear case on which I can give an answer, and it is more—do you say a test case?—similar or analogical to the Manitoba court case jointly against

[Translation]

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Madame le ministre, j'aimerais poser une question se rapportant à l'article 12.(a) portant sur l'accessibilité du régime. J'aimerais vous citer un exemple qui a d'ailleurs été cité par les médecins ou des spécialistes en matière de santé: Prenons l'exemple d'un Canadien qui souffre d'une angine aiguë pour cause de maladie cardiaque, rétrécissement des artères coronaires, etc. Supposons que son état se détériore et qu'un pontage soit recommandé pour éviter la crise cardiaque. Supposons qu'une telle intervention chirurgicale nécessite l'inscription sur une liste d'attente de six mois à un an. Une telle personne n'aurait donc dans une telle situation pas accès aux services étant donné le temps qu'elle devra attendre avant de subir son intervention.

Le paragraphe 12.(a) du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, permet-il au gouvernement de garantir l'accessibilité pour ce genre de services, ou est-ce là . . . ?

Mme Bégin: Mes collaborateurs me disent, monsieur le président, que M. Lang fait allusion à des maladies, mortelles ou non, qui résulteraient des listes d'attente que connaissent certains hôpitaux canadiens. Dans le contexte du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, ou si vous voulez, la loi fédérale d'assurance-santé, l'intéressé devrait prouver qu'on lui a refusé l'accès. N'allez pas croire qu'il serait facile de le démontrer, mais comment savoir? Le cas ne s'est jamais présenté. Les listes d'attente existent depuis, quoi, 10 ans?

Une voix: Depuis toujours.

Mme Bégin: Depuis toujours d'une certaine façon, mais je dirais qu'elles existent depuis 10 ans en tant que pratique administrative systématique pour les hôpitaux canadiens. Cette disposition n'a jamais été appliquée car la condition de base a toujours existé. Elle n'a jamais été appliquée. Les pressions s'exerceraient normalement sur les gouvernements provinciaux. Au-delà, du point de vue juridique, il faudrait démontrer le refus d'accès à l'hôpital en dépit des besoins médicaux.

M. Lang: C'est précisément ce à quoi je voulais en venir. Si la province n'offre pas le bon service, si la province refuse l'accès en imposant de trop longues listes d'attente, ce projet de loi pourra-t-il être invoqué en justice par une personne souffrant d'angine et qui a eu un infarctus, pour qu'elle puisse recevoir de la province une certaine réparation? Je m'explique, une personne atteinte d'angine ne peut pas se faire faire un pontage coronarien et ensuite, elle a un infarctus tellement fort qu'elle ne peut plus retourner au travail; dans ce cas, pourrait-elle invoquer ce projet de loi pour poursuivre la province en dédommagement de son revenu?

Mme Bégin: La situation est trop confuse pour que je puisse y répondre; cela se rapproche de l'action intentée au Manitoba

[Texte]

the province and myself under the Canada Assistance Plan legislation.

The Chairman: Thank you, Dr. Lang.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. I make this comment to you, sir: I have never seen a more confusing performance in committee than we have witnessed here this morning. I base it on this, sir, that any piece of legislation can come before the House of Commons for second reading. At second reading, it is not anticipated that the government or the Minister responsible for piloting that piece of legislation is going to know every word and every phrase in every technical clause within the Bill.

• 1230

But the one thing, surely, that the Minister and her colleagues and the people in the department will have worked out is first, the objectives of the Bill, and secondly, the purpose of the Bill. Surely those are the things that Parliament is asked to debate at second reading. In fact, the House rules direct you to debate at that point on the principle of the Bill as spelled out in the objectives and the purpose. The Speaker at that point will say to you you are not to debate other detailed clauses of the Bill. That is for committee.

So we hold a debate and give approval in principle at that stage to the objectives and the purpose of the Bill. Even when you take something that was changed as radically as the Crow Bill, the principle of it or the objectives of it were changed and indicated at second reading, before the House voted on principle.

We have voted on the principle of this Bill, and some members supported the principle of the Bill because it was not going to permit health care services to be held up by undue financial or other barriers. A number of people voted on that principle. A number of others voted on the purpose of the Bill to advance the objectives of Canadian health care policy, because we thought at committee stage we could put forward the mechanisms to advance the objectives of health care policy which we thought were not in this Bill; we would have that opportunity in committee.

What I find here this morning, Mr. Chairman, is the almost unheard-of situation where a Minister comes before the House and what we have already approved in principle as a Parliament is now being radically changed. So that means the whole essence of the Bill is being radically changed.

Sir, I would say to you that the best thing for this committee to do is to have before us as soon as possible the specific changes that the Minister wants to make to Clauses 3 and 4, the core of the Bill, and for her to come back herself at that time to explain to us the meaning of these amendments and then for us to decide what we as a committee do in response to them. I do think some very major and fundamental changes are being proposed to this Bill as different or opposed to what we have already agreed to in the Parliament of Canada.

[Traduction]

conjointement contre la province et moi-même en vertu de la Loi sur le Régime d'assistance publique du Canada.

Le président: Merci, monsieur Lang.

Mademoiselle MacDonald, vous avez la parole.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. J'aimerais d'abord faire cette première observation: je n'ai jamais assisté en comité à une séance aussi confuse que celle de ce matin. Voici mon raisonnement, monsieur le président. Tout projet de loi doit passer en deuxième lecture à la Chambre des communes. En deuxième lecture, on ne s'attend pas à ce que le gouvernement ou le ministre parrain du projet de loi en connaisse le libellé par coeur.

Mais on peut certainement s'attendre à ce que le ministre, ses collègues et les fonctionnaires connaissent parfaitement les buts et objectifs du projet de loi. Après tout, c'est ce dont doit discuter le Parlement en deuxième lecture. De fait, le règlement de la Chambre prévoit qu'en deuxième lecture, on doit débattre le principe du projet de loi tel qu'énoncé dans les objectifs et la raison d'être. Le président de la Chambre vous dira qu'on ne peut pas débattre d'autres articles du projet de loi. Cette étude revient au comité.

Donc, en Chambre, nous débattons le projet de loi et nous l'approuvons en principe pour ce qui est des objectifs et de la raison d'être. Même dans le cas d'un changement aussi radical que le projet de loi modifiant le tarif du Pas du Nid-de-Corbeau, où le principe et la raison d'être ont été changés, en deuxième lecture, la Chambre a quand même voté sur le principe.

Nous avons adopté le principe de base de ce projet de loi; certains l'ont fait parce qu'il empêchera que les services de soins de santé soient refusés pour des raisons financières. Certains députés ont accepté le projet de loi d'après ce principe. D'autres ont accepté la raison d'être du projet de loi, c'est-à-dire de promouvoir les objectifs de la politique canadienne de la santé parce que nous pensions qu'en comité, nous pourrions faire adopter les mécanismes nécessaires pour promouvoir cette politique; nous pensions avoir cette possibilité en comité.

Voilà cependant, monsieur le président, que ce matin, nous sommes placés dans une situation très rare où un ministre vient changer ce que nous avons déjà adopté en principe en Chambre. Cela signifie que l'essence même du projet de loi est diluée.

Monsieur le président, à l'heure actuelle, il convient de reconnaître que le Comité doit être saisi le plus rapidement possible des amendements qu'entend apporter le ministre aux articles 3 et 4, les articles-piliers du projet de loi; ensuite, elle pourra revenir nous expliquer la signification de ces amendements et nous pourrions ensuite décider de notre réaction. Je suis convaincue qu'on envisage d'apporter des modifications fondamentales au projet de loi qui seraient contraires à ce que nous avons déjà adopté au Parlement.

[Text]

The Chairman: Madam Minister, I might say beforehand that of course we are going to be—I have just got notice I believe from Mr. Lachance for a brief question or comment on my list, and the time is getting on . . . and perhaps Mr. Reid. We will be discussing, I hope fairly briefly, before we adjourn this morning just where we go from there—and your points, Miss MacDonald, on that will be very well taken at that time. But I think maybe the Minister wants to make some comments at this time too.

Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I was explaining the role of this first meeting on general discussion; and I apologize to members of the committee if I confused them with my presentation. Surely this was not intended, after all the work of the committee in particular. But I do not think, in all sincerity, we can say there are major changes to the Bill. That is absolutely not what we are proposing. The people who voted for the principle of the Bill knew very well they were voting for the basic conditions and for, when it comes to accessibility, Clause 12. There is no doubt about that. Now, is the Member telling me that subclause (2) of Clause 3, which is complementary policy objectives, which is necessarily contained in paragraph one, which is primary objective and which we are keeping, because it throws *comment dirais-je such a shadow in the debate on medicare, strengthening medicare in particular for the Province of Quebec—it is a very general definition of where the health system is going, therefore directly essentially connected to the five conditions about which we are speaking, and strengthening accessibility—be denied to Quebec in the sense of making sure we want Quebecers like other Canadians, to be able to be reassured that we are not interfering in anything provincial and are fully respecting the good old rules of the game? That is the approach I am suggesting, no more. I apologize for not having the wording today. However, I hope to be able to have them filed with the clerk of the committee tomorrow morning at the latest. Then members could take a second look, may I suggest, and see that the Bill is respected. I am not introducing major changes. That is not the intent.

• 1235

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): I have just a very short question, Mr. Chairman. I would be very pleased to see what the Minister is proposing. However, I think, because of this morning's confusion, we ought to have a guarantee right now, that when those amendments are tabled, the Minister is here to explain them.

Madam Bégin: I thought I had confirmed through my people to the committee that I am at their entire disposal. There is no doubt about that.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Miss MacDonald. I now have Mr. Lachance and Mr. Reid for short questions or comments.

[Translation]

Le président: Madame le ministre, il faut dire tout de suite que bien sûr—M. Lachance vient de me faire signe, je crois qu'il veut poser une brève question; le temps passe, et peut-être M. Reid également. Avant de lever la séance ce matin, nous verrons rapidement, je l'espère, comment nous procéderons. Mademoiselle MacDonald, nous tiendrons compte de ce que vous venez de nous dire. Le ministre voudrait peut-être y répondre.

Madame le ministre, vous avez la parole.

Mme Bégin: Monsieur le président, j'expliquais le rôle de cette première séance; je m'excuse auprès des membres du Comité si mon exposé a semé la confusion. Telle n'était pas mon intention, compte tenu du travail qu'a fait le Comité. Mais, en toute honnêteté, on ne peut pas dire qu'il s'agit là de modifications fondamentales au projet de loi. Ce n'est pas du tout ce que nous voulons faire. Les députés qui ont approuvé le principe du projet de loi savaient très bien qu'ils approuvaient les conditions de base, par exemple pour ce qui est de l'accessibilité, l'article 12. Cela est bien clair. Le député me dit-elle que le paragraphe (2) de l'article 3, portant sur les objectifs complémentaires nécessairement visés au paragraphe un portant sur l'objectif premier, paragraphe que nous conservons, car il jette une lumière particulière sur le débat, permettant de renforcer notamment l'assurance-santé au Québec—le paragraphe un donne l'orientation générale du régime de santé et est par conséquent directement relié aux cinq conditions à l'étude—faudrait-il donc refuser cela au Québec pour être sûr que les Québécois, comme tous les autres Canadiens, puissent être rassurés et qu'ils comprennent que nous n'avons pas l'intention de nous ingérer dans les domaines de compétence provinciale et que nous respectons pleinement les règles du jeu? Telle est l'approche que j'entends prendre. Je m'excuse de ne pas avoir le libellé des amendements aujourd'hui. Cependant, j'espère les remettre au greffier du Comité demain matin au plus tard. À ce moment-là, les députés pourront en prendre pleinement connaissance et constater que le principe du projet de loi n'est pas changé. Je ne présente pas d'amendements d'importance. Telle n'est pas mon intention.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'aimerais poser une très courte question, monsieur le président. Je serai très heureuse de prendre connaissance des projets d'amendements du ministre. Cependant, étant donné la confusion qui règne ce matin, j'aimerais que nous soyons assurés dès maintenant que lorsque les amendements seront présentés, le ministre sera ici pour nous les expliquer.

Mme Bégin: Je croyais avoir confirmé au Comité, par l'entremise de mes fonctionnaires, que je suis à votre entière disposition. Il n'y a pas de doute.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci beaucoup.

Le président: Merci, mademoiselle MacDonald. J'ai maintenant les noms de MM. Lachance et Reid, qui veulent poser de courtes questions.

[Texte]

Mr. Lachance: Just for the sake of the record, you may recall, as I do, that it is not only the Province of Quebec that had difficulties with Section 3—especially of course with the French text of Section 3—but also Newfoundland. To set the record straight, it is just a matter of one version that is deficient, but two provinces at least have, as the Minister has said, brought a sort of shadow of what really was said, that in the future it might not be exactly interpreted the way we want it to be interpreted. I just wanted to make the point: it was not only Quebec that was concerned, that Newfoundland also expressed those reservations.

I think it has been made clear that the proper time to discuss those problems, if they are problems for some members, is when the amendments are under discussion and not at this point, which is a general discussion. We cannot really discuss the details of proposed amendments until we have them in front of us.

The Chairman: Thank you. Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman, and Madam Minister.

Quite properly, the emphasis has been placed on the fact that Clauses 3 and 4 were not in the present existing bills and that this Bill C-3 is a consolidation act. Nevertheless, the objective was set out in Clause 3; the purpose of the bill was set out in Clause 4.

My colleagues have already emphasized the significance of that as the Bill passed through first and second readings.

I want to move from that to the fact that we have heard from a number of important witnesses, who have dealt with this bill based on the objectives and the purpose as set out. Nearly every one of those persons who came forward ... elaborated on expansions and needs, and immediately jumped past the emphasis which the Minister and the department is putting on user fees and extra billing.

We, and all of us were guilty of it, were talking to those witnesses on the basis of a second phase. They all said, we want the bill passed. Even the friends of medicare were saying that they wanted to pass this bill so that they could get on to the second phase. Whether there is any justification for their believing that there would be a second phase and a second opportunity to get on with the expansion medicare needs or not, I do not know. But we certainly discussed it in committee, and at length. Madam Minister, with the change, the drastic change in the objective and the purpose of the Bill as set out, will there be a second round of witnesses? Or, alternatively, will there be a phase two, which they will be able to address in some foreseeable time? I think that is the important aspect that the people of Canada want to address—the real concerns of medicare, its funding and its extent.

[Traduction]

M. Lachance: À titre d'indication, vous vous rappellerez peut-être aussi bien que moi qu'il n'y a pas que la province de Québec qui avait soulevé des réserves au sujet de l'article 3, notamment la version française de l'article 3; Terre-Neuve avait également exprimé des réserves à ce sujet. D'accord, les deux versions ne coïncident pas totalement, mais deux provinces, à tout le moins, ont exprimé des réserves quant à l'intention de cet article et ont demandé des amendements pour qu'à l'avenir, cet article ne soit pas interprété comme ces provinces le craignent. Voilà ce que je voulais dire: il n'y a pas que le Québec qui ait exprimé des réserves, Terre-Neuve l'a également fait.

Il a déjà été dit que ces problèmes, si certains députés en voient, doivent être discutés lorsque l'amendement est présenté; nous ne devons pas en discuter maintenant; aujourd'hui, nous devons nous attacher à la discussion générale. Les détails des amendements envisagés ne pourront être discutés que lorsque nous en serons saisis.

Le président: Merci. Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président et madame le ministre.

A juste titre, on a dit que les articles 3 et 4 ne se retrouvent pas dans les lois existantes et que le projet de loi C-3 est une loi de consolidation. Quoi qu'il en soit, l'article 3 énonce l'objectif et l'article 4 explique la raison d'être du projet de loi.

Mes collègues ont déjà amplement démontré l'importance de ces articles lors du débat en première et en deuxième lecture, à la Chambre.

Nous avons reçu des témoins importants, qui ont fait connaître leurs opinions sur ce projet de loi d'après ses objectifs et sa raison d'être. Presque tous les témoins qui se sont présentés ont parlé des ajouts qu'il faudrait faire au régime et ont délaissé l'insistance ministérielle sur les frais modérateurs et la surfacturation.

Collectivement, nous avons discuté avec les témoins d'un deuxième palier. Tous les témoins voulaient que le projet de loi soit adopté. Même l'association *Friends of Medicare* voulait que le projet de loi soit adopté, pour qu'on puisse ensuite s'attaquer au deuxième palier de service. Je ne sais pas s'ils étaient justifiés de croire qu'il y aurait un deuxième palier de service, ou même qu'on pourrait discuter de l'expansion du régime. Cependant, nous en avons discuté longuement en comité. Madame le ministre, compte tenu du chambardement des objectifs et de la raison d'être du projet de loi, pourrions-nous recevoir les témoins une deuxième fois? Ou alors, serons-nous saisis d'un deuxième projet de loi portant création d'un deuxième palier de soins, pour que les intéressés puissent venir nous rencontrer une deuxième fois? Ce sont là, à mon sens, les aspects de l'assurance-santé qui intéressent vraiment les Canadiens; je pense ici au financement et à la portée du régime.

[Text]

[Translation]

• 1240

Madam Bégin: Mr. Chairman, the Member is expressing, in reverse, exactly the point I am trying to make. He read into it—and associated his reading, his way of decoding, that Clause 3—that most of the witnesses wanted to see the health system develop and go ahead and wanted to engage in what I called the second step and what he called getting on with the second phase, which is obviously a need in Canada. He spontaneously associated that with Clause 3.(2). There are guys over there who are provincial Ministers who have done the same thing; the difference was that they did not like it. They said: We are the provincial health Ministers; that is our territory; you do not do that. That was not our intent. We did not want to impose by law what you, Mr. Reid, through you, Mr. Chairman, have just read into it. That is why I propose, for medicare, to delete that, because that was not the intent. It was an innocent statement, we thought, but if it is firing fire—*comment on dit, si ça allume*... if it makes an explosion because it appears to be an invasion of territory that is not ours by defining what the second step is, it is not proper for us to do it through this Bill. That is exactly why...

Ask yourself for a second reasoning. Could you test a breach of the five conditions in this Bill C-3 against something in Clause 3? I do not think you could, because it is a general clause of intent, more than anything that has to do with the Bill, really. You have made exactly the point I am trying to make, which escaped me when we first drafted the Bill but which some provinces have read into it.

Mr. Reid (St. Catharines): My question then, Mr. Chairman, through you to the Minister, is this: Are we really saying we misled all these people when they came before us to make their representations? Are we also now saying to them that the federal government does not wish to get into, and will not get into, any kind of expansion of the medicare system... recommendations therefor? This being the responsibility and jurisdiction of the provinces, we are now going to leave it with the provinces?

Madam Bégin: I think, Mr. Chairman, the answer is a clear no, we never misled anybody. We have repeated since day one, and this is on the record in the House, in public speeches as well as in this committee, that this Bill was not meant to be an expansion of medicare. We could not do it. It is not even... under the constitution, for us, the federal government, to do so. It was only a consolidation of existing legislation. That was very clearly said, and that is why I think we should address differently, through another avenue, the serious concern of those who want to see medicare both expanded and reoriented.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. Mr. Blaikie is the last person on my list for this morning. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, this last little while all goes to prove the old axiom that politics makes strange bedfellows, because we now have the Conservatives chastising the Liberals for being sensitive to provincial concerns—which is, at least, remarkable.

Mme Bégin: Monsieur le président, le député reprend par la fin mon raisonnement. Pour lui, l'article 3 permet justement ce que réclament la majorité des témoins, c'est à dire l'expansion du régime dans ce que j'appelle la deuxième étape; c'est une étape nécessaire au Canada. Spontanément, il a associé cela au paragraphe 3(2). Les ministres provinciaux ont fait exactement la même chose, à la différence qu'ils n'apprécient pas autant les résultats. Leur raisonnement est le suivant: nous sommes les ministres provinciaux de la Santé, la santé est un domaine de compétence provinciale, et vous ne pouvez pas faire cela. Or, nous n'en avons pas l'intention. Nous ne voulons pas imposer par loi ce que vous, Monsieur Reid, par votre entremise, Monsieur le président, venez de voir. C'est pourquoi j'envisage, pour l'assurance-santé, de biffer cela, car telle n'est pas notre intention. Nous pensions faire une déclaration innocente, mais si, ce faisant, nous créons une explosion en envahissant un domaine de compétence qui ne nous appartient pas, nous ne le ferons pas dans ce projet de loi. C'est précisément pourquoi...

Essayez de raisonner autrement. Pourrait-on invoquer l'article 3 pour démontrer que les cinq conditions du projet de loi C-3 n'ont pas été respectées? Je ne le crois pas, car l'article 3 est un article de portée générale. Vous avez très bien exprimé ce que j'essayais de dire, une possibilité qui m'a échappé lorsque nous avons rédigé le projet de loi, mais qu'ont décelée certaines provinces.

M. Reid (St. Catharines): Dans ce cas, monsieur le président, j'aimerais poser la question suivante, par votre entremise, au ministre: avons-nous trompé tous les témoins qui sont venus nous présenter leurs opinions? Disons-nous maintenant à ces témoins que le gouvernement fédéral n'a pas l'intention d'étendre le régime d'assurance-santé? Étant donné que la santé relève des provinces, allons-nous laisser ce domaine complètement aux provinces?

Mme Bégin: Monsieur le président, pour répondre à la question: non, nous n'avons jamais trompé personne. Dès le premier jour, à la Chambre, en public et en Comité, nous avons bien dit que ce projet de loi ne vise pas une expansion de l'assurance-santé. Nous ne pouvons pas le faire. En vertu de la constitution, il ne nous revient pas, au gouvernement fédéral, de le faire. Ce projet de loi consolide tout simplement les lois existantes. Cela a bien été dit dès le départ, et c'est pourquoi, à mon sens, nous devrions nous attaquer différemment au problème souligné par ceux qui voudraient que les régimes d'assurance-santé soient étendus et réorientés.

Le président: Merci, monsieur Reid. Il reste maintenant le nom de M. Blaikie sur ma liste. Monsieur Blaikie, vous avez la parole.

M. Blaikie: Monsieur le président, ces échanges prouvent encore une fois le vieil adage voulant que la politique est le lieu des associations inattendues; en effet, nous avons maintenant les Conservateurs qui reprochent au Parti libéral d'être trop

[Texte]

My own view of the changes that the Minister intends, or of the removal that she intends . . . and in this weird sort of way it is related to what the Conservatives are saying, only it has a different angle—is that it is probably not just in response to what the provinces have said about that clause of the Bill, but that by removing that description of health care policy it makes the Bill less inadequate, because the Bill then cannot be accused of not living up to the policy as set out in that clause, because it will not be there any more. In that sense it may be a roundabout way of improving the extent to which the Bill meets its objectives and purposes, by limiting those purposes and objectives to what the Bill actually does. But on the political level, what is to be accomplished by the Bill will still be accomplished by the Bill if that clause is removed. I do not agree with removing it. Let us hypothetically say that it will be removed. We still have penalties for extra-billing and user fees. We still have action on those two key issues. In that respect, I do not think it changes the essence of the Bill, or at least I am not convinced that it changes the essence of the Bill. I am wondering just what is going on to my right here.

• 1245

I thought this was all too good to last anyway, this sort of one big happy family towards medicare. I am wondering whether or not we are seeing here, Mr. Chairman, the beginning of a kind of worming out process on the Bill. When you start to throw around words like “essence”. I mean, I agree with some of the criticisms that have been offered as to why that removal is being suggested by the Minister, but I think it is exaggerating or protesting too much to start throwing around words like “the essence of the Bill has been gutted” etc., etc. Either it is just a kind of spontaneous exaggeration going on or we have the beginnings here of a strategy which we shall see unfold. Only time will tell.

The Chairman: Ladies and gentlemen, I . . .

Thank you, Minister. I will sum up the way I see it at the moment, subject to what the committee wants to do, of course. The Minister has indicated that she will table the government amendments as much as possible by, say, noon tomorrow Minister?

Madam Bégin: In the morning, tomorrow morning I hope, Mr. Chairman.

The Chairman: In the morning. I have had a little bit of informal discussion, but I am open, of course, to what the committee has to say. I wonder if it is the wish of the committee, if the amendments are tabled tomorrow as it is hoped, that we should proceed tomorrow afternoon at 3.30 p.m., or whether the committee in any event would like to hold over until, say, 9.30 a.m. on Thursday morning, to give them more time to assess the government amendments and to consider which ones they want to put of their own, or whether you would want to use tomorrow afternoon in some other way.

[Traduction]

attentif aux récriminations des provinces; voilà qui est remarquable.

Quant aux amendements que prévoit le ministre, ajouts ou retraites envisagés—et étrangement, mon opinion ressemble à celle des Conservateurs, sauf que je me place d'un point de vue différent—je pense que ces amendements ne constituent pas seulement une réaction aux démarches provinciales; en enlevant cette description de la politique canadienne de la santé, le projet de loi se trouve affaibli; on ne pourra plus dire que le projet de loi ne respecte pas la politique énoncée dans cet article, car cet article n'existera plus. Ainsi, par la bande, on fait en sorte que le projet de loi respecte bien ses objectifs et sa raison d'être, en en limitant justement les objectifs et la raison d'être. Cependant, du point de vue politique, les objectifs visés dans le projet de loi seront encore atteints, même si cet article est retiré. Je ne suis pas d'accord pour qu'il soit retiré. Supposons quand même qu'il le soit. Nous avons encore les retenues en cas de surfacturation et de frais modérateurs. Nous pouvons encore prendre des mesures face à ces deux importants problèmes. Dans ce sens, cet amendement ne change pas l'essence même du projet de loi, ou du moins, je n'en suis pas convaincu. Je me demande ce qui se passe à ma droite.

De toute façon, je croyais bien que l'idylle ne durerait pas, une grande unité derrière l'assurance-santé. Je me demande, monsieur le président, si nous n'assistons pas ici au début d'un processus de retrait du projet de loi. Lorsqu'on commence à parler d'«essence» . . . en fait, je comprends certaines critiques sur le retrait envisagé par le ministre, mais il ne faut pas exagérer et prétendre que l'essence du projet de loi est diminuée. De deux choses l'une: ou il s'agit d'une exagération spontanée, ou alors, nous assistons à la naissance d'une stratégie qui se déroulera plus tard. Seul le temps nous le dira.

Le président: Mesdames et messieurs, je . . .

Merci, madame le ministre. Je vais essayer de résumer la situation telle qu'elle se présente maintenant, compte tenu de ce que voudra faire, bien sûr, le Comité. Le ministre a dit qu'elle remettrait les amendements gouvernementaux le plus rapidement possible, disons, avant demain midi, n'est-ce pas madame le ministre?

Mme Bégin: Dans la matinée, demain matin, j'espère, monsieur le président.

Le président: Dans la matinée. Nous avons bien sûr discuté de façon informelle, mais je suis prêt à entendre les opinions des membres du Comité. Si nous recevons demain matin les amendements, le Comité désire-t-il siéger demain après-midi, à 15h30, ou le Comité préférerait-il de toute façon ne siéger que jeudi matin, à 9h30, de sorte que les députés auront eu plus de temps pour prendre connaissance des amendements gouvernementaux et pour réfléchir aux amendements qu'ils voudront présenter? Préféreriez-vous quand même siéger demain après-midi?

[Text]

Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I think it would be acceptable if the Minister would table the amendments tomorrow. One technical question: how will they be made available to members? I guess through the Clerk, because the committee will not be sitting. I would like to have them and I am sure my colleagues would like to have them available tomorrow afternoon to study the amendments, and if the Minister can then come back on Thursday at 9.30 a.m., I think we could proceed.

The Chairman: Just on that particular point, I stated that the procedure at 9.30 a.m. on Thursday morning would be starting a clause by clause consideration and putting the amendments as they come.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I think we could get into clause by clause, but before we do that there might be questions that the amendments raise in general, and especially because of Clauses 3 and 4, the purposes of the Bill. But I think we can see how we proceed on Thursday at 9.30 a.m.

The Chairman: I would be happy to proceed clause by clause if possible, because we will have a very detailed discussion as the clauses go along.

I will hear Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: One thing I wanted to ask was whether or not there is an expectation that all amendments that everyone has in mind will be available by a certain time, or does that just . . . ?

The Chairman: It is my understanding, Mr. Blaikie, that there is no obligation on anybody to put forward amendments before the particular clause comes forward. It may be better sometimes, for translation purposes or other reasons, to do so, but that is up to the member's or party's discretion in each individual case. I must remind the committee, as I am sure they know, that the members individually have the right to put amendments. It is not some overall agreement to start with as to what amendments are put and what amendments are not put. Each member has his own rights on this committee. Mr. Lachance.

• 1250

Mr. Lachance: I am happy, Mr. Chairman. I am glad you brought out that point, that amendments can be presented any time and there is no obligation to put an amendment. Let us put that point on the record because it could be that members want to present amendments as we proceed just as it may be that the minister may envisage other amendments at some point. It is a possibility and it happens in those processes.

This being said, usually, to facilitate the work of the committee during in clause by clause consideration, once the minister or the government tables his or her amendment with the committee, what happens is that the other members who want to present amendments try to apprise their colleagues in advance of what they intend to do in terms of their own amendments. I will certainly suggest to the members, includ-

[Translation]

Monsieur Epp, vous avez la parole.

M. Epp: Monsieur le président, cela serait acceptable si le ministre dépose les amendements demain. Une question d'ordre technique: comment seront-ils distribués aux députés? Le greffier devra le faire, car le Comité ne siégera pas. J'aimerais bien avoir ces amendements demain après-midi, et je suis sûr que mes collègues partagent ce désir; ainsi, nous pourrions les étudier et le ministre pourrait revenir jeudi matin, à 9h30.

Le président: À ce sujet, justement, j'ai dit que jeudi, à 9h30, nous commencerons l'étude article par article du projet de loi et que les amendements seront présentés.

M. Epp: Monsieur le président, nous pourrions procéder ainsi, mais avant de passer à l'étude article par article, nous voudrions peut-être discuter de certaines questions générales soulevées par les amendements, d'autant plus que les articles 3 et 4 énoncent les objectifs et la raison d'être du projet de loi. Nous pourrions procéder de cette façon jeudi matin, à 9h30.

Le président: Je serais heureux d'entreprendre l'étude article par article, car ainsi, nous pourrions avoir une discussion très détaillée de chacun des articles.

Je donne maintenant la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: J'aimerais savoir si le Comité s'attend à ce que tous les amendements envisagés soient déposés avant une date donnée, ou alors . . . ?

Le président: Je crois savoir, monsieur Blaikie, que personne n'est tenu de présenter ces amendements avant que l'article visée ne soit à l'étude. Parfois, pour des raisons de traduction notamment, il vaut mieux présenter ces amendements à l'avance, mais il revient à chaque député ou à chaque parti de décider. Je tiens à rappeler aux membres du Comité qu'ils ont le droit de présenter des amendements à titre individuel. Il n'est pas nécessaire d'en venir à une entente globale quant aux amendements qui sont présentés. Chaque député jouit de ses pleins droits dans ce Comité. Monsieur Lachance, vous avez la parole.

M. Lachance: Monsieur le président, je suis content que vous ayez dit que les amendements peuvent être présentés en tout temps et que nous ne sommes pas obligés d'en donner préavis. Il convient de le répéter, car il se pourrait que des députés veuillent présenter des amendements en cours de route, tout comme le ministre pourrait décider de le faire. C'est une possibilité réelle.

Cela étant dit, en règle générale, afin de faciliter le travail du Comité pendant l'étude article par article du projet de loi, lorsque le ministre ou le gouvernement a présenté ses amendements au Comité, les autres députés qui veulent faire de même essaient d'informer leurs collègues de ce qu'ils entendent faire avec leurs amendements. Je suggérerais donc aux députés, après que le ministre aura présenté ses amendements,

[Texte]

ing myself actually, that if we have amendments after we have seen those of the minister, that we try, if it is at all possible, to circulate them with our colleagues as soon as we can, so that we can look at them, study them and assess whatever understanding can be reached. Sometime that is not even done in the committee but outside the curtains. So that would be how we would proceed. I agree incidentally with the fact that we shall have 24 hours to study these amendments, until Thursday morning.

The Chairman: Yes, certainly. Mr. Epp again and Dr. Halliday.

Mr. Epp: Mr. Chairman, in terms of our presenting amendments, obviously the explanation is correct. To facilitate the work of the committee, obviously dependent on what the minister proposes tomorrow we will have certain amendments, I simply want to ease the mind of committee members. Obviously we will not meet our schedule of this week in finishing clause by clause; they should have our amendments in hand, so they will at least have time to study them over the weekend. The way I see the thing now working out, if we sit on Thursday we will still be into clause by clause well into next week and they will have those to study.

The Chairman: Well, Mr. Epp, the way I see it, though, would be that we would be starting with Clause 2, I guess. Any early amendments should be put before the committee if possible early . . .

Mr. Epp: They will be ready.

The Chairman: Yes. Dr. Halliday and then Mr. Blaikie.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, just on a very related point, can you tell us now whether we are planning to sit on Friday or not? It will help us in our planning for the remainder of the week.

Mr. Lachance: We do not usually discuss these things in full committee because it is too complicated . . .

The Chairman: The suggestion has been that perhaps the steering committee should meet and I think then perhaps we should meet tomorrow on that point. We will get back to you by Thursday morning, Dr. Halliday, on that. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Well, I was going to raise a similar point. I think either we should discuss it now or, as was suggested and I think it is probably for the best, the steering committee should meet and we should kind of map out when we are going to meet so that people can plan their schedules accordingly.

The Chairman: We will adjourn till Thursday at 9.30 a.m. and the steering committee will meet in the meantime. We will adjourn until Thursday, 9.30 a.m. on the basis that the minister is going to file with the clerk the government amendments to date, tomorrow morning.

Mr. Lachance: Just one quick clarification. Did you say that you were going to call the steering committee very soon so that we can start discussing the slots and things like that?

[Traduction]

d'essayer, si possible, de faire circuler les leurs auprès des autres membres du Comité, pour que nous puissions les étudier et voir s'il y a moyen de s'entendre. Cela peut même se faire derrière les rideaux. Nous pourrions procéder de cette façon. Soit dit en passant, je suis d'accord pour que nous ayons 24 heures pour étudier les amendements, jusqu'à jeudi matin.

Le président: Oui, bien sûr. Monsieur Epp encore une fois, et ensuite, M. Halliday.

M. Epp: Monsieur le président, pour ce qui est de la présentation d'amendements, l'explication est bien sûr correcte. Il s'agit de faciliter le travail du Comité, en fonction, bien sûr, de ce que le ministre présentera demain; nous avons des amendements à présenter, soyez-en sûrs. De toute évidence, nous ne terminerons pas, tel que prévu, l'étude article par article cette semaine; les députés devraient avoir reçu nos amendements, pour qu'ils puissent les étudier pendant la fin de semaine. A mon sens, si nous siégeons jeudi, nous n'aurons pas terminé avant la semaine prochaine l'étude article par article, et ainsi, nous pourrions étudier les amendements.

Le président: Eh bien, monsieur Epp, nous pourrions commencer par l'article 2. Tous les amendements devront être présentés le plus rapidement possible au Comité . . .

M. Epp: Les amendements seront prêts.

Le président: Oui. Monsieur Halliday, et ensuite, M. Blaikie.

M. Halliday: Monsieur le président, dans la même veine des questions d'organisation, avons-nous l'intention de siéger vendredi? Cela nous aiderait à planifier le restant de la semaine.

M. Lachance: En règle générale, on ne discute pas de cela en comité plénier, car c'est trop compliqué . . .

Le président: On a suggéré que le comité de direction se réunisse; nous pourrions nous rencontrer demain pour discuter de cela. Monsieur Halliday, je communiquerai avec vous jeudi matin. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: J'allais soulever un point de même ordre. De deux choses l'une: ou nous en discutons maintenant, ou alors, ce qui conviendrait mieux, à mon sens, le comité de direction se réunit et nous essayons de voir à quel moment le Comité se réunira, pour que les membres puissent planifier leur emploi du temps en conséquence.

Le président: Nous lèverons donc la séance et le comité de direction se réunira avant jeudi, 9h30. La séance est levée; nous nous retrouvons jeudi, à 9h30, si le ministre remet au greffier les amendements gouvernementaux demain matin.

M. Lachance: Une petite explication. Avez-vous dit que vous allez convoquer le comité de direction très bientôt, pour que nous puissions discuter des séances?

[Text]

The Chairman: Yes, we will call the steering committee very soon. I will discuss it after lunch.

Mr. Lachance: Fine.

The Chairman: The committee is adjourned until Thursday at 9.30 a.m.

[Translation]

Le président: Oui, nous convoquerons très bientôt une réunion du comité de direction. J'en discuterai après le déjeuner.

M. Lachance: Très bien.

Le président: La séance est levée; nous nous retrouvons jeudi, à 9h30.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Thursday, March 8, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le jeudi 8 mars 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

APPEARING:

The Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Bégin,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Russell MacLellan

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MARCH 8, 1984
(26)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:45 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. MacLellan and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance, Lang, Malépart, Marceau, and Reid (*St. Catharines*).

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Appearing: The Honourable Monique Begin, Minister of National Health and Welfare.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

On clause 2

The Minister, along with the witness, answered question.

By unanimous consent, Clause 2 was allowed to stand.

On Clause 3

Mr. MacLellan proposed to move,—That Clause 3 be amended

(a) by striking out line 8 on page 5 and substituting the following:

“3. It is hereby declared that the pri—

(b) by striking out lines 13 to 22 on page 5.

The Chair expressed reservations about the procedural acceptability of the amendment.

RULING BY MR. CHAIRMAN

The Chair does not believe that a clear case has been made that the proposed amendment is out of order by virtue of citations 764(1) and 773(5) from Beauchesne's Fifth Edition.

Therefore the Chair will follow the practice of giving the mover of such an amendment the benefit of the doubt and will allow the Committee to debate the substance of the amendment and to vote upon it.

After debate, by unanimous consent, the amendment was withdrawn.

Mr. MacLellan moved,—That Clause 3 be amended

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 8 MARS 1984
(26)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 45, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. MacLellan et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance, Lang, Malépart, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Comparait: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: D^e Maureen Law, sous-ministre adjoint.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Article 2

Le Ministre et les témoins répondent aux questions.

Par consentement unanime, l'article 2 est réservé.

Article 3

M. MacLellan propose,—Que l'article 3 soit modifié par

a) substitution, à la ligne 7, page 5, de ce qui suit:

«3. La politique canadienne de la santé»

b) suppression des lignes 11 à 19, page 5.

Le président exprime des réserves sur l'amendement proposé et doute qu'il soit acceptable sous le rapport de la procédure.

DÉCISION DU PRÉSIDENT

Le président ne croit pas que la plainte soit fondée, ni que l'amendement proposé soit irrecevable en vertu des alinéas 764(1) et 773(5) du Beauchesne, cinquième édition.

Le président suivra donc la coutume qui est d'accorder au motionnaire le bénéfice du doute, et il permettra au Comité de délibérer sur le fond de l'amendement, puis de voter sur la question.

Par consentement unanime, l'amendement est retiré.

M. MacLellan propose,—Que l'article 3 soit modifié par:

(a) by striking out line 8 on page 5 and substituting the following:

"3. It is hereby declared that the pri—"

(b) by striking out lines 12 to 22 on page 5 and substituting the following:

"of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers."

Mr. Epp moved,—That the amendment be amended by adding the word "undue" before the word "financial".

After debate, the question being put on the sub-amendment, it was, by a show of hands, negatived: Yeas: 3; Nays: 6.

Mr. Halliday moved,—That the amendment be amended by adding the word "advance" after the word "promote".

After debate, the question being put on the sub-amendment, it was, by a show of hands, negatived: Yeas: 3; Nays: 5.

Mr. Blaikie moved,—That the amendment be amended by adding the word "social" after the word "physical".

After debate, the question being put on the sub-amendment, it was, by a show of hands, negatived: Yeas: 4; Nays: 5.

And the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 9; Nays: 0.

At 12:40 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 o'clock p.m. this day.

AFTERNOON SITTING

(27)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:40 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. MacLellan and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Lang, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

Clause 3, as amended, carried.

On Clause 4

Mr. MacLellan proposed to move,—That Clause 4 be amended by striking out lines 23 to 27 on page 5 and substituting the following:

"4. The purpose of this Act is to establish criteria"

a) substitution, à la ligne 7, page 5, de ce qui suit:

«3. La politique canadienne de la santé»

b) substitution, aux lignes 10 à 19, page 5, de ce qui suit:

«du Canada et de faciliter l'accès aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.»

M. Epp propose,—Que l'amendement soit modifié par l'adjonction du mot «indu» à la suite du mot «obstacle».

Après débat, le sous-amendement est mis aux voix et rejeté par vote à main levée: Pour: 3; Contre: 6.

M. Halliday propose,—Que l'amendement soit modifié par l'adjonction du mot «promouvoir» à la suite du mot «favoriser».

Après débat, le sous-amendement est mis aux voix et rejeté par vote à main levée: Pour: 3; Contre: 5.

M. Blaikie propose,—Que l'amendement soit modifié par l'adjonction du mot «social» à la suite du mot «physique».

Après débat, le sous-amendement est mis aux voix et rejeté par vote à main levée: Pour: 4; Contre: 5.

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté par vote à main levée: Pour: 9; Contre: 0.

A 12 h 40, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(27)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 40, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. MacLellan et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Lang, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Comparaît: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

L'article 3, sous sa forme modifiée, est adopté.

Article 4

M. MacLellan propose,—Que l'article 4 soit modifié par substitution, aux lignes 20 à 26, page 5, de ce qui suit:

«4. La présente loi a pour raison d'être d'établir des conditions d'octroi et de versement du»

And a point of order having been raised as to the acceptability of the proposed amendment, the Chairman stated that he had reservations concerning the admissibility of the proposal but that, as in the case raised this morning on Clause 3, the Chair would give the benefit of the doubt to the mover and allow the Committee to debate the substance of the proposed amendment and to vote upon it.

After debate, the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 5; Nays: 4.

Mr. Blaikie proposed to move,—That Bill C-3 be amended by adding immediately after Clause 4 on page 5, the following:

“4.1 In order to more effectively achieve the Canadian health care policy outlined in section 3, a Canada Health Council will be established within a year of the coming into force of this Act.

4.2 The Canada Health Council will be an independent body made up of consumers, government representatives and health care providers.

4.3 The Canada Health Council will be required to publish a report of its operations, activities and findings at least once a year.”

After debate, by unanimous consent, the proposed amendment was withdrawn.

Clause 4, as amended, was, by a show of hands, carried: Yeas: 5; Nays: 3.

Clause 5 carried.

On Clause 6

Mr. MacLellan moved,—That Clause 6 be amended by striking out lines 3 and 4 on page 6 and substituting the following:

“year in respect of the extended health care services program if the province complies with”

After debate, the questions being put on the amendment, it was agreed to.

Clause 6, as amended, carried.

On Clause 7

Mr. MacLellan moved,—That the French version of Clause 7 be amended by striking out line 12 on page 6 and substituting the following:

“tions d’octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Clause 7, as amended, carried.

Clauses 8 and 9 carried.

On Clause 10

Mr. MacLellan moved,—That the French version of Clause 10 be amended by striking out lines 9 and 10 on page 7 and substituting the following:

“santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés”

A la suite d’une intervention fondée sur le Règlement à savoir si l’amendement proposé est acceptable, le président déclare douter que la motion soit recevable, mais que tout comme dans le cas de l’appel au Règlement fait ce matin relativement à l’article 3, il donne au motionnaire le bénéfice du doute et permet au Comité de délibérer sur le fond de l’amendement proposé, puis de voter sur la question.

Après débat, l’amendement est mis aux voix et adopté par vote à main levée: Pour: 5; Contre: 4.

M. Blaikie propose,—Que le projet de loi C-3 soit modifié par l’adjonction, à la suite de l’article 4, page 5, de ce qui suit:

«4.1 En vue de mieux atteindre les objectifs de la politique canadienne de la santé exprimés à l’article 3, un Conseil canadien de la santé sera créé un an à compter de l’entrée en vigueur de la présente loi.

4.2 Le Conseil canadien de la santé constituera une entité autonome et se composera de consommateurs, de représentants du gouvernement et de pourvoyeurs de services de santé.

4.3 Le Conseil canadien de la santé sera tenu de publier, au moins une fois l’an, un rapport qui fera état de ses opérations, de ses activités et de ses constatations.»

Après débat, l’amendement proposé est retiré par consentement unanime.

L’article 4, ainsi modifié, est adopté par vote à main levée: Pour: 5; Contre: 3.

L’article 5 est adopté.

Article 6

M. MacLellan propose,—Que l’article 6 soit modifié par substitution, à la ligne 2, page 6, de ce qui suit:

«exercice, à l’égard du programme de services com-»

Après débat, l’amendement est mis aux voix et adopté.

L’article 6, ainsi modifié, est adopté.

Article 7

M. MacLellan propose,—Que l’article 7 de la version française soit modifié par substitution, à la ligne 12, page 6, de ce qui suit:

«tion d’octroi énumérés aux articles 8 à 12 quant»

Après débat, l’amendement est mis aux voix et adopté.

L’article 7, ainsi modifié, est adopté.

Les articles 8 et 9 sont adoptés.

Article 10

M. MacLellan propose,—Que l’article 10 de la version française soit modifié par substitution, aux lignes 9 et 10, page 7, de ce qui suit:

«santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés»

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. Blaikie moved,—That Clause 10 be amended by striking out lines 12 to 14 on page 7 and substituting the following:

“hundred per cent of the residents of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions and with no pre-conditions.”

After debate, the amendment was, by a show of hands, negatived: Yeas: 1; Nays: 5.

Mr. Blaikie moved,—That Clause 10 be amended by striking out line 14 on page 7 and substituting the following:

“provided for by the plan on uniform terms and conditions and with no pre-conditions.”

After debate, by unanimous consent, the amendment and Clause 10, as amended, were allowed to stand.

On Clause 11

Mr. MacLellan moved,—That subclause 11(1) be amended by striking out line 41 on page 7 and substituting the following:

“for similar services rendered in the province, with due regard, in”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. MacLellan moved,—That the French version of subclause 11(1) be amended

(a) by striking out line 20 on page 7 and substituting the following:

“b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour”

(b) by striking out line 36 on page 7 and substituting the following:

“c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le”

The question being put on the amendment, it was agreed to.

Clause 11, as amended, carried.

On Clause 12

Mr. MacLellan moved,—That Clause 12 be amended by striking out lines 41 and 42 on page 8 and substituting the following:

“(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hos-”

After debate, the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 5; Nays: 4.

By unanimous consent, Mr. Epp moved,—That Clause 12 be amended by striking out lines 38 to 40 on page 8 and substituting the following:

“(c) must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners and dentists by the enactment of a law providing:

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

M. Blaikie propose,—Que l'article 10 soit modifié par substitution, aux lignes 12 à 14, page 7, de ce qui suit:

«cent pour cent des habitants de la province ait accès aux services de santé assurés prévus par ce dernier, suivant des modalités d'application uniformes et sans condition préalable.»

Après débat, la motion est rejetée par vote à main levée: Pour: 1; Contre: 5.

M. Blaikie propose,—Que l'article 10 soit modifié par substitution, à la ligne 14, page 7, de ce qui suit:

«prévus par ce dernier, suivant des modalités d'application uniformes et sans condition préalable.»

Après débat, par consentement unanime, la motion et l'article 10, ainsi modifiés, sont réservés.

Article 11

M. MacLellan propose,—Que le paragraphe 11(1) soit modifié par substitution, à la ligne 32, page 7, de ce qui suit:

«de services semblables offerts dans la province, compte tenu,»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

M. MacLellan propose,—Que le paragraphe 11(1) de la version française soit modifié

a) par substitution, à la ligne 20, page 7, de ce qui suit:

«b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour»

b) par substitution, à la ligne 36, page 7, de ce qui suit:

«c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le»

L'amendement est mis aux voix et adopté.

L'article 11, ainsi modifié, est adopté.

Article 12

M. MacLellan propose,—Que l'article 12 soit modifié par substitution, aux lignes 30 et 31, page 8, de ce qui suit:

«d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpi-»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté par vote à main levée: Pour: 5; Contre: 4.

Par consentement unanime, M. Epp propose,—Que l'article 12 soit modifié par substitution, aux lignes 30 à 34, page 8, de ce qui suit:

«c) prévoit une rémunération raisonnable à l'égard des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes, par l'adoption d'une loi qui prescrive:

for negotiation of compensation with the provincial organization representing a majority of the practicing physicians in the province; and

for the settlement of disputes by conciliation or binding arbitration at the option of the medical profession's organization by a panel consisting of:

(i) an equal number of members appointed by the medical profession's organization and by the government and,

(ii) a chairman agreed upon by such members, provided that if agreement cannot be reached the chairman shall be appointed by the Chief Justice of the province; and

(iii) any decision of a binding arbitration panel may be altered by specific legislation of the government; and"

And debate arising thereon;

At 5:42 o'clock p.m., the Committee adjourned until 9:30 o'clock a.m., Tuesday, March 13, 1984.

la négociation d'une rémunération raisonnable avec l'organisme provincial chargé de représenter la plupart des médecins de la province; et

le règlement de conflits par un conseil d'arbitrage ou une décision exécutoire, à la discrétion de l'organisme chargé de représenter la profession médicale. Le Conseil d'arbitrage se composera:

i) d'un nombre égal de personnes désignées par l'organisme chargé de représenter la profession médicale et par le gouvernement, et

ii) d'un président sur le choix duquel les personnes en cause s'entendent, à condition toutefois que si les opinions diffèrent à ce sujet, le président soit désigné par le juge en chef de la province; et

iii) à condition que toute décision exécutoire rendue par un conseil d'arbitrage puisse être modifiée par une loi précise adoptée par le gouvernement; et»

Puis un débat s'engage.

A 17 h 42, le Comité interrompt les travaux jusqu'au mardi 13 mars 1984, à 9 h 30.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, March 8, 1984

• 0945

The Chairman: Order. We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act.

Yesterday the steering committee had a discussion and we decided, subject to the whole committee's approval, that we would meet all this morning, and this afternoon from 3:30 p.m. until about 5:30 p.m. I guess, and then not again until Tuesday morning at 9:30 a.m., and meet in perhaps all the committee periods on Tuesday, the whole morning and the afternoon, and perhaps the evening, depending on how progress is being made. We will have to decide where we go from there if we need more time on that.

Is there general agreement or any comment about that?

Some Hon. Members: Agreed.

The Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): I have a question, Mr. Chairman. Are we working against a time limit; and what is that time limit?

The Chairman: There is no time limit, Mr. Reid. It is in the committee's hands.

Mr. Reid (St. Catharines): Why the pressure?

The Chairman: Is the steering committee report agreed to?

Some Hon. Members: Agreed.

The Chairman: As was undertaken yesterday, the government has given the amendments it has at the present time. I understand, Mr. Blaikie, your amendments will be available later this morning.

Mr. Blaikie: Hopefully.

The Chairman: Mr. Epp, what is your position?

Mr. Epp: Mr. Chairman, first of all I want to thank the Minister for making those amendments available yesterday. Our amendments should be available later on this morning as well. I think there is general agreement if we get to clauses where we possibly want to amend, speaking to the Parliamentary Secretary, we would probably stand those clauses, if that is agreeable to the committee. In that way the Minister and the government could examine those amendments as well over the course of the next hours. I am sure they will then see not only the brilliance but also the naturalness that will come, and they will be so enamoured of them that they will accept them.

The Chairman: I am in the committee's hands as to how you wish to proceed at the moment. The Chair would like to get into clause-by-clause fairly soon. If there is some inclination on the part of the committee to have a round of some general comments or questions first of all, I would be prepared to accept that.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 8 mars 1984

Le président: À l'ordre, nous reprenons l'étude du Bill C-3, Loi canadienne sur la santé.

Hier, le Comité directeur a décidé, sur réserve de l'approbation du Comité plénier, que le Comité se réunirait ce matin et, cet après-midi de 15h30 à environ 17h30. Ensuite, aucune séance jusqu'à mardi matin, 9h30; nous pourrions ensuite nous réunir toute la journée mardi, c'est-à-dire toute la matinée et l'après-midi et peut-être même le soir, selon le chemin parcouru à ce moment-là. Par la suite, nous pourrions décider de continuer les séances le cas échéant.

Êtes-vous tous d'accord, avez-vous des observations?

Des voix: D'accord.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, j'ai une question. Est-ce que nous avons des délais à respecter, quels sont-ils?

Le président: Il n'y a pas de délai, monsieur Reid. Le Comité est tout à fait libre.

M. Reid (St. Catharines): Pourquoi aller si vite?

Le président: Le rapport du Comité directeur est-il adopté?

Des voix: D'accord.

Le président: Comme on nous l'avait promis hier, le gouvernement a soumis ses amendements. Monsieur Blaikie, les vôtres seront disponibles dans le courant de la matinée.

M. Blaikie: Espérons-le.

Le président: Et vous, monsieur Epp?

M. Epp: Monsieur le président, pour commencer je veux remercier le ministre d'avoir communiqué ses amendements dès hier. Les nôtres devraient être prêts dans le courant de la matinée également. Je pense que si le secrétaire parlementaire n'y voit pas d'inconvénient, et si tout le monde est d'accord, si nous en venons à des articles que nous souhaitons modifier, nous pourrions les réserver. De cette façon-là, cela donnera le temps au ministre et au gouvernement d'étudier ces amendements au cours des heures qui viennent. Je suis certain qu'ils seront frappés non seulement par le génie mais également par le bon sens de ces amendements, et qu'ils s'en enticheront à tel point qu'ils les accepteront.

Le président: C'est au Comité de décider de la marche à suivre. Le président aimerait bien passer à l'étude article par article le plus vite possible. Mais si vous souhaitez commencer par un tour d'observation d'ordre général ou de questions, je n'y vois pas d'inconvénient.

[Texte]

Mr. Epp, do you have any comments on how you wish to proceed?

Mr. Epp: No, Mr. Chairman. I had an opportunity yesterday afternoon to look at the amendments. Obviously there are a number of questions that arise from specific amendments. But to facilitate the work of the committee I think we could get into clause-by-clause and those questions would naturally come up as those clauses are amended. Unless any of my colleagues have a specific question, I think we could proceed in that way.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you have any comments?

Mr. Blaikie: No.

The Chairman: Are there any other comments?

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, just so we understand, I think a number of the amendments the government has presented in many ways are technical or cosmetic changes. I would hope when we come to a clause which might be more controversial and where we might seek further to amend it, it would be allowed to stand, and we would proceed with the clearing up of a number of the technical matters.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, what do we do in the case where technical amendments have been brought forward by the Minister but amendments are being suggested by members of the committee which are not technical but substantive? It seems to me if we stand all the clauses that have . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, I think perhaps we will just have to see . . .

Mr. Blaikie: —there will not be any clauses left.

The Chairman: That may be the case. But I think we should just perhaps proceed and see how it starts along that line.

The preamble is stood until the end, and Clause 1—that is the title.

On Clause 2—*Definitions*

• 0950

The Chairman: I have a comment on Clause 2. The Chair is aware of a number of proposals to amend Clause 2 by adding or changing definitions. I would like to draw to the attention of members Citation 775 of Beauchesne's Fifth Edition, which indicates that:

775.(1) A clause may be postponed, upon motion, provided that no amendment has been made thereto and that no proposed amendment has been negated.

The general rule governing changes in the interpretation clause is that additions or changes to the definition should not be substantial, but rather consequential to changes made elsewhere in the Bill. We would be in a strange situation, for example, if we adopted a new definition in Clause 2 that did not later come into the Bill in any way.

[Traduction]

Monsieur Epp, avez-vous des observations sur la procédure à suivre?

M. Epp: Non, monsieur le président. Hier après-midi, j'ai eu l'occasion de lire ces amendements; évidemment, plusieurs questions se sont présentées à mon esprit. Mais pour faciliter les travaux du Comité, nous pourrions passer à l'étude article par article et ces questions se poseront tout naturellement au fur et à mesure que nous modifierons ces articles. A moins que mes collègues n'aient des questions précises à poser, je crois que nous pouvons procéder de cette façon-là.

Le président: Monsieur Blaikie, vous avez des observations?

M. Blaikie: Non.

Le président: D'autres observations?

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, je crois qu'un certain nombre d'amendements du gouvernement sont de nature technique ou encore sont des amendements de forme. J'espère que lorsque nous arriverons à un article qui prête plus particulièrement à controverse, on acceptera de le réserver pour que nous puissions le modifier plus tard; dans l'intervalle, nous pourrions nous débarrasser d'un certain nombre de détails techniques.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, que se passera-t-il si nous avons des amendements d'ordre technique du ministre d'une part et si en même temps certains membres du Comité proposent des amendements de fond? Il me semble que nous risquons de devoir réserver tous les articles qui . . .

Le président: Monsieur Blaikie, nous verrons bien . . .

M. Blaikie: . . . nous risquons de manquer d'articles.

Le président: C'est fort possible. Mais en attendant, nous verrons bien comment les choses avancent.

Le préambule est réservé jusqu'à la fin, de même que l'article 1, c'est-à-dire le titre.

Article 2—*Définitions*.

Le président: J'ai une observation à propos de l'article 2. Le président sait qu'il y a un certain nombre de propositions de modifications de l'article 2, des définitions à ajouter ou à modifier. J'aimerais attirer l'attention des députés sur la citation 775 de Beauchesne, Cinquième édition, qui prévoit:

775. 1) On peut, sur l'adoption d'une motion conforme réserver, c'est-à-dire différer l'examen d'un article, sous réserve qu'il n'a pas été modifié et qu'un amendement éventuellement proposé n'a pas été approuvé.

La règle générale qui régit les modifications à l'article des définitions, c'est que les définitions ajoutées ou modifiées ne peuvent porter sur le fond et peuvent seulement découler de changements effectués ailleurs dans le bill. Nous nous trouverions dans une situation étrange, par exemple, si nous

[Text]

I therefore propose to the committee, before amendments at Clause 2 are considered, that we postpone Clause 2 for consideration after subsequent clauses when we shall be in a position to test the definitions against the employment to which they will be put.

I am in the hands of the committee on this matter and will hear argument, but I would be prepared to accept a motion to stand Clause 2 for those reasons.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, to begin the discussion on that, in Clause 2, the Minister has introduced, or is planning to introduce, a number of amendments. When I took a look, on that clause alone I think there are approximately seven or eight that the Minister is trying to introduce. We have one that we want to introduce in Clause 2. When we drafted ours that problem arose as well, obviously, in the drafting; that is, do we amend—I am talking in general terms now—a specific line or a specific subclause of the clause and substitute the words in that line, or do we add another subclause? You can go both routes. We decided to go that second route, adding a subclause, because otherwise there are obviously all kinds of consequential clauses that flow therefrom and that causes some real problems in terms of the drafting of the amendments. That is, frankly, one reason why I want to have some discussions with the Parliamentary Secretary.

I was thinking about that yesterday, simply in relation to how our own procedure might be facilitated. I think what we possibly should do, to start, and see how this works . . . at least I throw it forward as a suggestion . . . is to give the Minister, or the officials, the opportunity to explain their amendments to Clause 2—their proposed amendments.

Mr. Lachance: Otherwise we are stuck with . . .

Mr. Epp: That is right. I am sorry, their proposed amendments—to explain them. Then the committee, after that explanation, may take a decision as to whether they want to stand it and come back later on, or what exactly the position is that we should take. I throw that forward to the committee as a possible solution to the dilemma we face.

The Chairman: I will take comments on Mr. Epp's suggestion. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, I listened to your comments about the fact that the interpretation by Beauchesne says that we cannot stand a clause that is in the process of being amended. That problem does not arise when the amendment has not yet been moved.

Those amendments have not been moved, they have just been tabled with the clerk for information purposes. So technically, and actually, the clause as it stands now is not a clause that is in the process of being amended; it is only a clause that is there. The Minister has indicated possible amendments, which have not been moved yet, so we do not have that problem. As long as those amendments are not

[Translation]

adoptions une nouvelle définition à l'article 2 dont il ne serait question nulle part ailleurs dans le bill.

Je propose donc au Comité, avant que nous passions à l'étude des amendements à l'article 2, d'attendre pour étudier l'article 2, que les autres articles aient été étudiés; nous pourrions alors comparer les définitions à l'usage qu'on en fait dans le reste du texte.

Je suis prêt à entendre vos observations à ce sujet, mais j'accepterais également de réserver l'article 2 pour toutes ces raisons si on me présentait une motion à cet effet.

Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, pour amorcer la discussion, j'observe que le ministre a déposé ou a l'intention de déposer un certain nombre d'amendements à l'article 2. En fait, sur ce seul article, il y a sept ou huit amendements du ministre. De notre côté, nous avons un amendement à l'article 2. Lorsque nous l'avons rédigé, nous avons réfléchi à ce problème, qui est également un problème de rédaction. Nous nous sommes demandés s'il fallait modifier—et je parle en termes généraux—une ligne précise, un paragraphe précis dans l'article et le remplacer par un certain nombre de mots dans cette ligne ou bien ajouter un nouveau paragraphe? Les deux sont possibles; nous avons décidé en faveur de la seconde solution, ajouter un paragraphe, justement à cause de toutes ces clauses conséquentes qui risquent de poser de graves problèmes pour la rédaction des amendements. Je vous avouerai que c'est une des raisons pour lesquelles je veux discuter de la question avec le secrétaire parlementaire.

J'y réfléchissais hier, m'interrogeant simplement sur la meilleure façon de faciliter la procédure. Je vais donc vous faire cette suggestion: nous pourrions demander au ministre ou à ses collaborateurs de nous expliquer leurs amendements à l'article 2, leur projet d'amendements.

M. Lachance: Sinon nous sommes coincés . . .

M. Epp: C'est exact, vous avez raison, leur projet d'amendements—de les expliquer. Ces explications données, le Comité pourrait ensuite décider soit de réserver l'article 2 et d'y revenir plus tard, soit de procéder d'une autre façon. C'est donc une solution que je vous propose pour nous sortir de ce dilemme.

Le président: J'attends les observations sur la suggestion de M. Epp. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, je vous ai écouté lorsque vous nous avez dit que d'après Beauchesne nous ne pouvions pas réserver un article qui était en cours de modification. Ce problème ne se pose pas si l'amendement n'a pas encore été déposé.

Ces amendements n'ont pas été déposés, ils ont simplement été communiqués au greffier à des fins d'information. Ainsi, techniquement parlant, cet article n'est pas pour l'instant en cours de modification, c'est simplement un article. Le ministre a parlé de son intention de présenter des amendements qui n'ont pas encore été déposés; nous n'avons donc pas de problème. Tant que ces amendements n'auront pas été déposés

[Texte]

properly moved, we can certainly—and that is an excellent suggestion... open Clause 2 for discussion, and let the Minister explain what her suggestions are for the committee to look at in terms of possible amendments. Then we can decide whether or not we want to enter into the actual process of studying the clause in terms also of the Parliamentary Secretary's moving those amendments. At that point, we will cross the bridge if we have to. But at this point in time it is certainly a good suggestion that we look at the clause, that the Minister may explain what she wants to do with the clause in terms of proposed amendments, and then we will decide if we want to stand it or if we want to stick at it and amend it and pass it eventually, as amended or not. So I would suggest that is the proper way to proceed.

• 0955

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I certainly agree with the proposal that we hear the explanation of the amendments the Minister has in mind for this clause. We also intend some amendments in this area. I do not know if the Conservatives did or not.

I would like to leave open the question of whether or not we stand Clause 2 even after we have heard the Minister because it just so happens that the nature of some of the issues involved here is that some of the more substantive questions actually arise in the area of definition. So in my view it is not the case, at least in this case, that the matter of definitions is simply a cleaning-up after the Bill to fit the Bill. It is—

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): An integral part.

Mr. Blaikie: Yes. So I would like to leave open whether or not we accept the usual routine in this matter. We may want to decide to deal with Clause 2 in the proper order.

The Chairman: Thank you.

I understand it is the consensus, then, that we proceed as Mr. Epp has suggested and just have the Minister comment on proposed amendments to Clause 2 which have been filed but which have not yet been moved.

Madam Minister.

Hon. Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman.

I understand that what is requested from me right now is to review relatively rapidly what I tabled with the clerk yesterday for the best information of committee members. I shall start with the English version of the text, if you permit. I will then switch to the French because some of the amendments are absolute details of *concordance* and are more in the nature of better translation than anything else.

Therefore I would refer to the first amendment in the English text that we are proposing, which has to do with the...

The Chairman: Madam Minister, I think we all have the proposed amendments you sent around so perhaps you could

[Traduction]

officiellement, rien ne nous empêche, et c'est d'ailleurs une excellente suggestion, de discuter de l'article 2, d'entendre le ministre nous expliquer la nature des amendements qu'elle envisage de proposer au Comité. Nous pourrions ensuite décider de commencer l'étude formelle de l'article, c'est-à-dire de laisser le secrétaire parlementaire déposer ses amendements. Il sera toujours temps alors de traverser ce pont-là. Mais pour l'instant, c'est une excellente idée d'écouter le ministre expliquer la nature des amendements qu'elle a l'intention de proposer sur cet article. Nous pourrions toujours ensuite décider de réserver l'article ou encore de continuer, de le modifier et, enfin de compte, de l'adopter, modifié ou pas. Je pense donc que c'est la procédure à suivre.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je suis tout à fait d'accord pour que nous écoutions le ministre nous expliquer ses amendements à cet article. De notre côté, nous avons également des amendements à proposer; je ne sais pas si les Conservateurs en ont également.

Toutefois, j'aimerais que nous ne décidions pas tout de suite de réserver l'article 2 après avoir écouté le ministre, parce que je sais que dans le chapitre des définitions il y a des questions de fonds qui vont forcément se poser. À mon sens, dans ce cas particulier, le chapitre des définitions n'est pas un simple balayage qu'on donne lorsque tout est fini pour s'aligner sur le reste du bill. C'est...

Mme MacDonald (Kingston et les Îles): Une partie intégrante.

M. Blaikie: Exactement. J'aimerais donc que nous ne prenions pas de décisions hâtives, nous pourrions fort bien décider d'étudier l'article 2 dans l'ordre.

Le président: Merci.

Apparemment, nous sommes tous d'accord pour accepter la suggestion de M. Epp et demander au ministre de commenter les projets d'amendement à l'article 2 qui nous ont été communiqués mais qui ne sont pas encore déposés.

Madame le ministre.

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le ministre.

Si j'ai bien compris, vous souhaitez que je passe en revue assez rapidement les amendements que j'ai communiqués au greffier hier à l'intention des membres du Comité. Je vais commencer par la version anglaise du texte, si vous le permettez. Je passerai ensuite à la version française car certains amendements sont de simples détails de concordance et servent surtout à améliorer la traduction.

Je commence donc par le premier amendement du texte anglais que nous proposons, qui porte sur...

Le président: Madame le ministre, nous avons tous la liasse d'amendements que vous avez fait distribuer, peut-être

[Text]

refer to them by page number or clause and page number at the upper right-hand corner and we would know where you were speaking from.

Mme Bégin: Page 2 of the Bill, English version: We would be recommending to strike out lines 32 to 38 and replace them with a text where the word "eligible" disappears at first in the paragraph the way it is now, as well as the phrase "other than procedures excluded by the regulations".

In the 10 provinces my provincial colleagues suggested that since and if the definition of surgical-dental services, the way they appear in the Bill, is what we mean in terms of being part of medicare coverage as insured services, therefore we would not need regulations. That is a fact, and the purpose of this proposed amendment is to eliminate the need for regulations; in other words, to strengthen the Bill itself against any possible use of discretionary power.

Therefore the key deletion is "other than procedures excluded by the regulations", and automatically, by logical consequence, we have to eliminate the word "eligible" since it is redundant.

• 1000

Shall I switch to the corresponding French, which would be on page 5 of the Bill? I am sorry; it is page 4 . . .

Mr. Epp: May I interrupt, Mr. Chairman? I apologize for doing so.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: To make the work of the committee a little more coherent, would it be possible before the Minister proceeds for us to number these amendments as government through whatever—I came up with 28 yesterday—that we number them government 1 to 28? At least we would talk about the number. Then when you get ours you can number those PC-1 to whatever. That way at least I think we would have some coherence on this thing because I do not think we are being fair either to the Minister or to the committee.

Mr. Lachance: May I suggest, in the same vein, to put some order, that maybe the chairman could dictate the numbers to us and we will all just write them? So what he says, what he talks about, we just write "G-1", "G-2", "G-3", "G-4" . . . I would suggest it that way.

Mme Bégin: Provided it is as we suggest.

The Chairman: Members of the committee, the way the clerks have numbered this is as follows: We are starting at page 1, the first page, and the preamble and that is G-1. I am sorry; the preamble will come at the end so we are skipping the preamble.

Mme Bégin: Ah bien, ça c'est pratique! La logique, c'est la logique non!

Mr. Lachance: I suggest that you keep it as G-1 because it is not relevant, if I may say so, whether we take it in order in

[Translation]

pourriez-vous les identifier par numéro de page ou selon le numéro d'article et de page qui figure dans le coin supérieur droit; cela nous permettrait de suivre.

Mme Bégin: C'est la page 2 du Bill, version anglaise: nous allons recommander de supprimer les lignes 32 à 38 de la version anglaise et de les remplacer par un texte où le terme «éligible» serait supprimé dans le premier paragraphe; nous supprimerions également l'expression *other than procedures excluded by the regulations*.

Dans les 10 provinces, mes homologues provinciaux ont observé que si c'est vraiment des services de chirurgie dentaire dont il est question dans le Bill que nous voulions parler, autrement dit si ce sont vraiment ces services que nous voulons voir assurés, il n'y a pas besoin de réglementation. C'est exact, et cet amendement est là uniquement pour éliminer la nécessité d'adopter des règlements. Autrement dit, cela renforce le Bill en éliminant toutes possibilités de pouvoir discrétionnaire.

La mention clef que nous supprimons est donc *other than procedures excluded by the regulations* et, automatiquement, c'est la conséquence logique, nous devons éliminer le mot «éligible» puisqu'il devient inutile.

Voulez-vous que je passe au texte français qui se trouve à la page 5 du projet de loi? Je suis désolée, c'est à la page 4 . . .

M. Epp: Monsieur le président, vous me permettez d'interrompre? Je suis vraiment désolé.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Pour faciliter les travaux du Comité, ne pourrions-nous pas numéroté ces amendements du gouvernement—hier j'en ai comptés 28—les numéroté: gouvernement 1 à 28? Cela nous donnerait des repaires. Lorsque les nôtres seront prêts, nous pourrions les numéroté P.C.-1 etc. Nous pourrions ainsi travailler d'une façon un peu plus cohérente parce que pour l'instant, ce n'est facile ni pour le ministre ni pour le Comité.

M. Lachance: À ce sujet, je me permets de suggérer que le président nous dicte les numéros, nous pourrions ainsi les noter? Il pourrait dicter et nous pourrions noter: «G-1», «G-2» «G-3», «G-4» . . . C'est une idée.

Mme Bégin: À condition que ce soit les mêmes que les nôtres.

Le président: Nos greffiers ont déjà numéroté ces amendements de la façon suivante: nous commençons à la page 1, la première page, et le préambule c'est G-1. Excusez-moi, comme nous étudierons le préambule à la fin seulement, nous passons le préambule.

Madam Bégin: Now, this is thoroughly practical. There is such a thing as logic, you know.

M. Lachance: Je pense qu'il vaudrait mieux numéroté les pages dans l'ordre où elles se trouvent et inscrire G-1 sur la

[Texte]

terms of the numbering, but the numbering itself should be in order so we are not completely mixed up. So I suggest that you start with the beginning and we just go on as we proceed.

Mr. Epp: Please, let us do it just simply.

The Chairman: Well, the clerk's office have done it a little differently.

Mr. Lachance: Okay, fine, just tell us what you have then and we will just take it down.

The Chairman: I know that some will have to change their references. That is the situation.

Mr. Lachance: Put it as G-0 then.

The Chairman: Can you follow what I have here?

Ladies and gentlemen, the second page after the preamble we will call G-1. All right? Clause 2, page 2 is G-1. The next page is G-2; the next page G-3; the next page G-4; the next page G-5; the next page G-6; the next page G-7; the next page G-8.

Mr. Epp: All right, what number are you calling Clause 2, page 4?

The Chairman: Clause 2, page 4 is G-6.

Mr. Epp: Okay, there are two there.

The Chairman: It has been suggested by the clerk that we might make photostats of the clerk's papers and distribute them in the next few minutes. That might be as easy a way of numbering this. Will that be all right?

Mr. Epp: Anything that works, Mr. Chairman, I am ready for.

The Chairman: Let us do it that way then, shall we? Then we will have the numbering that the clerks have done for their own purposes.

Mr. Epp: And I will renumber all mine.

The Chairman: In the meantime, Madam Minister, you have finished that first amendment. Will you go on with the French version and just say where you are on the upper right-hand corner of the page because that is the reference we have for the moment.

• 1005

Madam Bégin: At the top of page 4 in the French version, the corresponding changes suggested that for surgical-dental...

«services de chirurgie dentaire», nous n'avons pas besoin d'imposer ou d'avoir l'apparence d'imposer aux provinces une réglementation, donc l'usage du pouvoir discrétionnaire du gouvernement, puisque la définition qui est dans la loi est complète et satisfait toutes les provinces.

Je suggère donc d'enlever l'expression qui termine ce paragraphe: «à l'exception des actes exclus par les règlements.» et, conséquemment, au tout début du paragraphe des services de chirurgie dentaire, le mot «admissibles» puisque, logiquement, il n'est plus nécessaire.

[Traduction]

feuille du préambule, peu importe qu'on l'étudie à la fin. Sinon, nous n'en sortirons pas. Commençons par le début et continuons.

M. Epp: Le plus simplement possible, je vous en prie.

Le président: Oui, mais le bureau du greffier a procédé différemment.

M. Lachance: Bon, parfait, dites-nous ce que vous avez et nous allons recopier.

Le président: Je connais des gens qui vont devoir changer leurs références. C'est inévitable.

M. Lachance: Il n'y a qu'à commencer par G-0.

Le président: Vous pouvez prendre note?

Mesdames et messieurs, la deuxième page, après le préambule sera numérotée G-1. D'accord? Article 2 page 2, G-1. La page suivante, G-2; la page suivante, G-3; la suivante G-4, la suivante G-5, la suivante G-6, la suivante G-7, la suivante G-8.

M. Epp: Très bien, l'article 2, page 4, comment l'avez-vous numéroté?

Le président: L'article 2, page 4, c'est G-6.

M. Epp: D'accord, mais il y en a deux.

Le président: Le greffier me propose de faire des photocopies de son exemplaire et de les distribuer d'ici quelques minutes. Ce serait peut-être plus facile. Qu'en pensez-vous?

M. Epp: Si ça marche, monsieur le président, je suis pour.

Le président: Eh bien faisons cela? Nous aurons ainsi le numérotage des greffiers.

M. Epp: Et je renumérotai toute ma liasse.

Le président: Dans l'intervalle, madame le ministre, vous aviez terminé avec ce premier amendement. Si vous voulez passer à la version française, vous pouvez vous contenter de nous citer la mention qui se trouve dans le coin en haut à gauche parce que pour l'instant, c'est notre seule référence.

Mme Bégin: En haut de la page 4 dans la version française, les modifications correspondantes proposées pour ces services de chirurgie dentaire...

“services de Chirurgie dentaire”, we do not have to impose or appear to be imposing upon provinces any kind of regulation, in other words a use of the government's discretionary power, because the definition which is in the legislation is complete and satisfies all the provinces.

I would therefore suggest removing the expression that ends this paragraph: “à l'exception des actes exclus par les règlements.” and consequently, at the very beginning of the paragraph on surgical-dental, the word “admissibles”, because logically it is not necessary anymore.

[Text]

Then, Mr. Chairman, if I switch back to the English version, I would ask members to take their page 3 of the Bill and at lines 24 and 25 I would suggest deleting the expression "within the meaning of subsection 27(8) of the Act of 1977"—first of all because it is a mistake.

The Chairman: I think, Madam Minister, the only way we can have a reference at the moment is if when you refer to a clause you go to the upper right-hand corner of the page, it will say, in this case, Clause 2, page 5, or whatever it is.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would rather have the Minister tell us what is going on in the Bill than what is going on . . . I like the way she is doing it right now, rather than going to this thing, which has errata and six million different . . . I would prefer for her to describe where in the Bill the amendment is.

The Chairman: Perhaps, Mr. Blaikie, we can do it both ways.

Mr. Blaikie: All right.

The Chairman: But first of all I think our committee has to know what page we are on in these papers and then the Minister would go on and do it in the way she was doing it.

So perhaps, Madam Minister, you could refer to the upper right-hand corner first of all.

Madam Bégin: I did it, Mr. Chairman. I will repeat.

The Chairman: Fine. Thank you.

Madam Bégin: Page 3, Clause 2, English side of the Bill: the definition of the word "hospital"—I am suggesting towards the end, very precisely, to delete all of line 24 and the left-hand side or half of line 25. I am deleting the reference to the Act of 1977 because it is an incorrect reference. Instead of an incorrect reference to an Act, we will anyway retain by Clause 22.(a) the regulatory power which is needed to explicate the meaning. So the reference to the Act was not necessary.

The French correspondence . . .

Je propose que la concordance se fasse à l'article 2, qui lui se trouve aussi à la page 3, soit en enlevant lignes 26 et 27: «au sens du paragraphe 27(8) de la loi de 1977.»

The Chairman: Does the committee wish to question after each amendment? Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: That would be (g) what?

Madam Bégin: That we will get to in a minute, Bill.

Mr. Blaikie: We do not know that yet?

Madam Bégin: No.

[Translation]

Ensuite, monsieur le président, si j'en reviens au texte anglais, j'aimerais demander aux députés de prendre la page 3 du projet de loi et aux lignes 24 et 25, du texte anglais, je propose que l'on supprime l'expression *within the meaning of subsection 27(8) of the Act of 1977* . . . tout d'abord, parce qu'il s'agit d'une erreur.

Le président: Madame le ministre, je crois que la seule façon dont nous puissions nous y retrouver, à l'heure actuelle, c'est que, lorsque vous citez une modification, de nous citer le chiffre qui se trouve au coin supérieur droit de la page, c'est-à-dire dans le cas actuel, article 2, page 5 et ainsi de suite.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je préférerais que le ministre nous dise ce qui se passe dans le projet de loi plutôt que ce qui se passe . . . J'aime bien la façon dont elle procède à l'heure actuelle, plutôt que de passer à ce document où il y a des «errata» et six millions de trucs différents . . . Je préfère de loin qu'elle nous décrive où se trouve l'amendement dans le projet de loi.

Le président: Peut-être, monsieur Blaikie, pourrions-nous le faire des deux façons.

M. Blaikie: Parfait.

Le président: Tout d'abord, cependant, je crois que tous les membres du Comité voudraient savoir à quelle page nous en sommes dans toute cette documentation et ensuite le ministre n'aura qu'à faire comme elle le faisait précédemment.

Alors peut-être, madame le ministre, pourriez-vous nous renvoyer tout d'abord à ce qui est mentionné au coin supérieur droit de ces feuilles.

Mme Bégin: Je l'ai fait, monsieur le président. Je répète.

Le président: Parfait. Merci.

Mme Bégin: Page 3, article 2, côté anglais du projet de loi: la définition du mot *hospital* . . . Je propose que vers la fin, très précisément, on fasse disparaître toute la ligne 24 et le côté gauche ou la moitié gauche de la ligne 25. Je supprime tout renvoi à la Loi de 1977 car le renvoi est inexact. Au lieu d'avoir un renvoi inexact à une loi, de toute façon nous garderons, grâce au paragraphe 22(a) le pouvoir de réglementation nécessaire pour en expliciter le sens. Donc, ce renvoi à la loi n'était pas nécessaire.

Quant au texte français correspondant . . .

I suggest that the French text be brought into line in Clause 2, and this is also on page 3, by taking out lines 26 and 27 in that version of the text: "*au sens du paragraphe 27(8) de la loi de 1977.*"

Le président: Le Comité veut-il que l'on pose les questions après chaque proposition de modification? Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Ce serait «G» quoi?

Mme Bégin: Nous y arrivons dans un instant, Bill.

M. Blaikie: Nous ne le savons pas encore?

Mme Bégin: Non.

[Texte]

Now, if I take members again to Clause 2, page 3, line 30 of the English version, I am asking for the deletion of that line, and I am asking always under "hospital services" to insert—and if you permit, and to make more sense, I will read the whole new paragraph on hospital services:

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital if the services are . . .

• 1010

And here is the insertion:

medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability; namely . . .

(a) (b) (c). And in (c), by way of consequence, I would suggest the deletion of the second part of that paragraph, which would now read:

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations.

Je vais immédiatement confirmer que dans la version française de l'article 2 qui, lui, se trouve à la page 4, il est proposé, à l'expression «services hospitaliers», à la ligne 17, de bien vouloir enlever la première partie, une expression dans a), une seconde partie dans c) et d). Je vais relire de la nouvelle façon:

«services hospitaliers» Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir:

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

C'est une correction de concordance que nous suggérons.

Plus loin, à l'alinéa c)

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

On enlève le reste de cet alinéa. Toujours pour une meilleure version française, d) se lirait ainsi:

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

Encore un amendement pour améliorer la version française française à e). A la fin du e) tel qu'il est, s'ajouterait ceci:

. . . ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

Dans la version française, les amendements additionnels sont tous des amendements de concordance technique.

Shall I move to the next proposed amendment?

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: A general question. Mr. Chairman, when I studied the Minister's proposed amendments yesterday—and I do not

[Traduction]

Maintenant, si je puis ramener les députés encore une fois à l'article 2, page 3, ligne 30 de la version anglaise, je demande que soit supprimée cette ligne et je demande toujours que sous *hospital services* soit inséré . . . Et si vous le permettez et pour la logique de la chose, je vais vous lire tout le nouveau paragraphe sur les services hospitaliers:

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital if the services are . . .

Et voici l'insertion:

medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability; namely . . .

a), b), c). Et en (c), par voie de conséquence, je propose de supprimer la deuxième partie de ce paragraphe qui se lirait maintenant:

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations.

I will now immediately confirm that in the French version of Clause 2 which is to be found on page 4, it is moved, under the expression "*services hospitaliers*", on line 17, that the first part be struck out and also an expression in (a), a second part (c) and (d). I will re-read with the new wording:

«services hospitaliers» services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir:

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

That is a correction we are making for the sake of having both texts correspond.

Further on, Clause (c)

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

We are taking out the rest of that subclause. And still for the improvement of the French version, (d) would be read thus:

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

And another amendment to improve the French version. (e). At the end of (e) as it is written now, we would add:

. . . ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

In the French version, the additional amendments are all technical amendments for concordance.

Dois-je passer à la prochaine modification proposée?

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Une question de portée générale. Monsieur le président, lorsque j'ai étudié les modifications proposées par le

[Text]

want to be embarrassing in any way or partisan at this moment—obviously there were difficulties in the parallel texts.

Madam Bégin: Do you want me to say it? The French is lousy.

Mr. Epp: Okay.

Madam Bégin: No, no, please delete that. I will speak as a Minister.

The French is more a French version than a French translation. Because of the technical nature of the Bill we reviewed the French from the technical health system viewpoint and are proposing several *concordance*—I do not know how to say that in English—technical corrections.

The only substantive correction I am adding to all that I have said regarding these definitions of hospital services, if I may express the bias in it, is that it is basically to introduce here, crystal clear, the key concept, which was not expressed per se but has always been behind the working of the insured health service in Canada, namely, the concept of medical necessity. That is what we are doing. So we are taking the definition of health somehow, preventing this, maintaining that, etc., and we are putting it in the right place together with the concept of "medically necessary". That is always what was used by the provinces and ourselves in all of the 18 years of cost-sharing, but it was not expressed, and it is to clarify that.

• 1015

Mr. Epp: Mr. Chairman, on that point the Minister has made the point more forcefully than I had intended to. My only question then as a committee member is: If these changes of concordance or syntax are accepted by the committee at some point, can we then take as fact that the English and the French texts, both in intent and philosophy, are the same? My capacity in the French language, obviously, is not sufficient to be able to scrutinize from that critical point of view.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: That is an excellent question by Mr. Epp. To answer that, one has to go back a little bit. A few years back a new system of drafting was put in place by which both versions are drafted independently. Both versions carry their own weight, because we live in a bilingual country, and one is as valid as the other.

The intent of course is that both versions are supposed to say the same thing; but because the two languages are what they are, sometimes they are not expressed exactly the same way. The problem is to try to come up with the best way to see to it that the two versions say exactly the same thing. Sometimes it is a problem of words; sometimes it is a problem of construc-

[Translation]

ministre hier... et je ne veux ni gêner personne ni faire de partisanerie politique pour l'heure... il est évident qu'il y avait des difficultés dans les textes parallèles.

Mme Bégin: Vous voulez que je le dise? Le français est dégueulasse.

M. Epp: Parfait.

Mme Bégin: Non, non, s'il vous plaît veuillez rayer ce commentaire. Je vais m'adresser à vous en ma qualité de ministre.

Le français est une version française plutôt qu'une traduction française. À cause de la nature technique du projet de loi, nous avons revu le français du point de vue technique pour ce qui a trait au système de la santé et nous proposons des changements pour la *concordance*, je ne sais comment le dire en anglais, des corrections techniques, si vous voulez.

La seule modification de fond que j'ajoute à tout ce que j'ai dit concernant ces définitions de services hospitaliers, si vous me permettez d'exprimer un parti pris, c'est que fondamentalement, ici, on introduit, claire comme de l'eau de source, l'idée maîtresse qui n'a pas toujours été exprimée en noir sur blanc mais qui s'est toujours trouvée derrière tout ce qui s'appelle assurance-santé et services de la santé au Canada, c'est-à-dire l'idée de nécessité médicale. Voilà ce que nous faisons. Nous prenons donc cette définition de la santé, c'est-à-dire prévenir ceci, maintenir cela et ainsi de suite et nous insérons tout cela à la bonne place en y ajoutant cette idée de ce qui est «médicalement nécessaire». C'est toujours de cette idée que se sont servis les provinces et nous-mêmes pendant ces 18 années de partage de frais, mais ce n'était pas exprimé noir sur blanc et nous voulons ainsi corriger cette lacune.

M. Epp: Monsieur le président, à ce sujet, le ministre a fait valoir ce point avec plus de force qu'il était dans mon intention de le faire. Ma seule question, comme membre du Comité, est la suivante: si le Comité, finit par accepter les modifications visant la concordance ou la syntaxe, pouvons-nous alors conclure que les textes français et anglais, sont les mêmes, et au niveau de l'intention et au niveau de la philosophie? Ma compétence en français, manifestement, n'est pas suffisante pour me permettre d'étudier la chose d'une façon assez détaillée.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: M. Epp pose là une excellente question. Pour y répondre, il nous faut retourner un peu en arrière. Il y a quelques années, on a instauré un nouveau régime de rédaction qui prévoit que les deux versions sont rédigées indépendamment. Les deux versions ont leur propre poids, car nous vivons dans un pays bilingue, et l'une est aussi valable que l'autre.

L'idée bien sûr c'est que les deux versions sont censées dire la même chose; mais parce que les deux langues sont comme elles sont, il arrive que parfois les choses ne sont pas exprimées exactement de la même manière. Le problème consiste à essayer de trouver la meilleure façon de s'assurer que les deux versions disent exactement la même chose. Parfois il y a un

[Texte]

tion of sentences; sometimes there is a problem of technical words that are not exactly the same. The trick is to try to be as precise as possible and that is a trial and error process. Ultimately, it is for the courts to interpret the Act, and that we cannot do, of course, ourselves.

But life is that most francophone members are on this side, so I guess the committee will have to more or less trust the judgment of the francophone members that the two texts are as close as possible. That is the only way to proceed, unfortunately. The concern of Mr. Epp is extremely valid, and if any questions arise from any member of the committee, the francophone members will try to address those issues the best they can.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, as Mr. Lachance has said, the concern of Mr. Epp is justified. I propose in this case, when introducing the amendments, that the amendments be read both in English and French. As you will notice, the changes are not exactly the same in both, and to prevent any problem in this regard, I think both English and French versions of the amendment change should be read into the record.

The Chairman: Thank you.

Mr. Epp.

Mr. Epp: I have no further questions.

The Chairman: Madam Minister, I think there are one or two more amendments in Clause 2, are there?

Madam Bégin: Clause 2, page 4, line 11, English version, I would, by way of logical consequence, delete the word "eligible" which is before "surgical-dental".

La correspondance en français se fait donc à l'article 2, en page 4. Il est proposé de retrancher le mot «admissibles» à la ligne 3, tout en haut de la page, pour obtenir l'expression «services de chirurgie dentaire». Le mot «admissibles» n'est plus nécessaire. C'est une pure question de concordance logique.

Now the last amendment regarding Clause 2, in the English version, page 5, we would recommend the striking out of lines 6 and 7 and the insertion of this instead, and I will read the whole definition of user charge:

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable directly or indirectly by a provincial health care insurance plan but does not include any charge imposed by extra-billing.

The French concordance:

L'article 2, page 3, . . .

L'article 2, page 3. Une toute petite correction est donc nécessaire, et la définition des frais modérateurs serait la suivante. Il est donc proposé que l'article 2 du projet de loi C-3

[Traduction]

problème de termes; parfois il y a un problème de syntaxe; parfois le problème provient du fait que les expressions techniques ne sont pas exactement les mêmes. Le tout est d'essayer d'être aussi précis que possible et cela se fait par tâtonnement. En dernière analyse, il revient aux tribunaux d'interpréter la loi, ce que nous ne pouvons manifestement pas faire nous-mêmes.

C'est un fait que la plupart des députés francophones sont de ce côté-ci, et donc je suppose que le Comité devra plus ou moins faire confiance au jugement des députés francophones si ceux-ci prétendent que les deux textes sont le plus rapprochés possible. C'est malheureusement la seule façon de procéder. La préoccupation de M. Epp est extrêmement valable, et si un membre du Comité avait les moindres doutes, les députés francophones tenteront de répondre à ces inquiétudes de leur mieux.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, comme l'a dit M. Lachance, la préoccupation de M. Epp est justifiée. Je propose que dans le présent cas, en présentant les amendements, on les lise et en anglais et en français. Comme vous l'avez remarqué, les modifications ne sont pas exactement les mêmes dans les deux langues, et afin d'éviter tout problème à cet égard, je crois que et la version anglaise et la version française des amendements doivent être consignées au procès-verbal.

Le président: Merci.

Monsieur Epp.

M. Epp: Je n'ai aucune autre question.

Le président: Madame le ministre, je crois qu'il y a encore un ou deux amendements à l'article 2, n'est-ce pas?

Mme Bégin: À l'article 2, page 4, ligne 11 de la version anglaise, je veux, pour des raisons de logique, rayer le mot *eligible*, qui précède *surgical-dental*.

And accordingly, in French, we must change Clause 2, page 4. It is our intention to delete the word *admissibles*, on line 3, at the very top of the page, in order to keep the expression *services de chirurgie dentaire*. The word *admissibles* is no longer needed. It is purely a matter of logical consequence.

Maintenant le dernier amendement portant sur l'article 2, dans la version anglaise, page 5, nous recommandons que soient rayées les lignes 6 et 7 qui seraient remplacées par ce qui suit et je vais lire toute la définition de frais modérateurs:

«user charge» means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable directly or indirectly by a provincial health care insurance plan but does not include any charge imposed by extra billing.

La correspondance en français:

Clause 2, page 3, . . .

Clause 2, page 3. It is therefore necessary to make a small correction. It is intended to substitute in the following way at lines 6 and 7, the definition of user charge:

[Text]

soit modifié par substitution, aux lignes 6 et 7, page 3, de ce qui suit:

régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

As it stands, the definition could be misinterpreted, we think—and an official may answer as to more details if necessary. We call it a technical amendment, but maybe members want more explanation.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie, on a point of order?

Mr. Blaikie: I would like some more explanation of the changes.

The Chairman: I will go to Mr. Epp first. I gather we will take discussion on these as a whole and discuss them as a whole at this time.

Mr. Epp: I understand, Mr. Chairman, that the status we are in is that the amendments have been proposed but have not been moved so we can look at all of them.

Mr. Chairman, first of all on the clean-up of text, we will accept the position as put forward by Mr. Lachance and the Parliamentary Secretary. Obviously we want to see both versions as accurate as possible. Simply for future interpretation, that is critical.

Having said that, I want to go to some specific proposed amendments the Minister has made. The first question I have of her is this: Obviously, other than those that are the clean-up amendments, the amendments she has put forward I interpret as being amendments in which she is trying to tighten up the Bill so when it is interpreted the Bill will not be seen to be expansionary. From what now exists, that is the intent of the amendments, generally speaking.

Mme Bégin: Exactly. Yes.

Mr. Epp: As a general guideline.

Mme Bégin: Exactly.

Mr. Epp: Okay—because that is at least how I would interpret them if I looked at them as a package, in Clause 2.

If that is the case, then I want to be fair to the Minister and say to her that we intend to move an amendment on page 4 under "medical practitioner". That is line 35 of page 4. That will be our first chronological amendment, if I can put it that way.

An Hon. Member: C-1.

Mr. Epp: PC-1 or C-1 or whatever it will be called. We will have the courts decide that overnight. We will work out something.

[Translation]

régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

Dans sa forme actuelle, il y a moyen de mal comprendre la définition, à notre avis—et un de mes collaborateurs pourra vous donner plus de détails si nécessaire. C'est ce que nous appelons un amendement technique, mais peut-être les députés veulent-ils une explication plus détaillée.

M. Blaikie: Monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie, sur un rappel au Règlement?

M. Blaikie: J'aimerais quelques explications plus approfondies de ces changements.

Le président: Je vais d'abord céder la parole à M. Epp. Je pense que nous allons discuter de ces amendements comme d'un tout, et en discuter maintenant.

M. Epp: Si je comprends bien, monsieur le président, les amendements ont été présentés mais non proposés et donc nous pouvons les étudier.

Monsieur le président, tout d'abord en ce qui concerne l'épuration du texte, nous accepterons la position présentée par M. Lachance et le secrétaire parlementaire. Manifestement, nous voulons nous assurer que les deux versions sont aussi précises que possible. Du simple point de vue de leur interprétation future, c'est essentiel.

Cela dit, j'aimerais passer à quelques amendements précis qu'a présentés le ministre. Ma première question est la suivante: il est évident que outre les amendements d'épuration, j'interprète les autres qu'elle a présentés comme visant à resserrer le projet de loi de façon à empêcher toute interprétation expansionniste. D'après ce que nous pouvons voir jusqu'à présent, d'une façon générale, c'est là l'intention de ces amendements.

Mme Bégin: Exactement. Oui.

M. Epp: A titre de directive générale.

Mme Bégin: Exactement.

M. Epp: Très bien—car c'est du moins l'interprétation que je donne à ces amendements, à l'article 2, si je les regarde comme un tout.

Si c'est bien le cas, je tiens à être honnête envers le ministre et à lui dire que nous avons l'intention de proposer un amendement, à la page 4, à la disposition sur "*medical practitioner*". C'est-à-dire à la ligne 35 de la page 4. Ce sera là notre premier amendement par ordre chronologique si je puis m'exprimer ainsi.

Une voix: C-1.

M. Epp: PC-1 ou C-1 ou quel que soit le nom qu'on leur donne. Nous demanderons aux tribunaux de se prononcer pendant la nuit. On trouvera quelque chose.

[Texte]

I just want to be fair to the Minister and the committee members. That will be our first amendment. I raise it at this point both because of fairness and, secondly, while we can debate the... Obviously we want to move toward "medical care practitioners". I would like to ask the Minister if she and her...

Mme Bégin: Did you say you are moving toward "medical care practitioners"? That is not what you mean, is it?

Mr. Epp: I am sorry; "health care practitioners". I am sorry; it has been a long night.

Mme Bégin: Explain.

The Chairman: Order.

Mr. Epp: So I want to ask of the Minister when we are going to look at Clause 2 and have the amendments moved—whether between this time and when we are in that exercise—whether she could examine that amendment... that the spirit of that amendment in terms of the Bill and also in terms of moving that clause would not still leave it open. I will want to get some legal opinion when we get to this specific clause, but I want to give her an opportunity to look at that clause to see whether or not that clause by amendment, if we so move at the appropriate time, is not expansionary because it still would leave licensing to the provincial body.

• 1025

That clause is not expansionary, because it still would leave the licensing to the provincial body. The only point I am trying to make to the Minister is one of fairness, and obviously projecting the amendment—and secondly, that that amendment so put does not expand the Bill, because that is a concern of the Minister, and that is frankly my concern as well. I would like if she would take some time to—or have her officials—look at whether that amendment would not be acceptable on the basis that it is not expansionary—in other words, I do not just want it excluded by a quick opinion... and concentrate on the licensing aspect: whether a person so licensed by the province still is not the step necessary for that person to qualify under the clause if so amended.

I know I am speaking almost in riddles, but I think we understand what I am doing. All I am asking of the Minister and the committee at this stage—that is an amendment we intend to move, and I would like to give the Minister the time while we specifically move the amendment so she will have her arguments ready at that time, and specifically on the licensing aspect.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: I think it is the spirit of a working session and it is the way I should therefore answer. Inasmuch as I would like to be able to do it, to entertain that better definition from the consumers' viewpoint—let us put it that way—I just

[Traduction]

Je tiens simplement à être honnête envers le ministre et les membres du Comité. Ce sera là notre premier amendement. J'en parle maintenant, d'abord pour être honnête et deuxièmement bien que nous puissions débattre de... Manifestement, nous voulons en arriver à "medical care practitioners". J'aimerais demander au ministre si elle ou ses...

Mme Bégin: Avez-vous dit que vous vouliez en venir à "medical care practitioners"? Ce n'est pas ce que vous voulez dire, n'est-ce pas?

M. Epp: Excusez-moi; *health care practitioners*. Excusez-moi; la nuit a été longue.

Mme Bégin: Expliquez-vous.

Le président: A l'ordre.

M. Epp: Je veux donc demander au ministre si lorsque nous étudierons l'article 2 et que nous y proposerons des amendements—si d'ici là—si elle peut étudier l'amendement... C'est-à-dire l'esprit de l'amendement dans le contexte du projet de loi ainsi que pour savoir si en proposant cet amendement la question ne resterait-elle pas ouverte. Je vais vouloir obtenir des opinions juridiques lorsque nous en arriverons à cet article précis, mais je veux lui donner l'occasion d'examiner l'article pour voir si cet article, par amendement, que nous proposerons au moment approprié, n'est pas expansionniste puisque c'est toujours l'organisme provincial qui décidera des accréditations.

Cette disposition n'est pas expansionniste puisque l'accréditation relèverait toujours de l'organisme provincial. Tout ce que j'essaye de faire valoir auprès du ministre, c'est par honnêteté, puisque évidemment nous projetons de présenter cet amendement—et deuxièmement, je tiens à faire valoir que l'amendement n'élargirait pas le cadre du projet de loi, car je sais que c'est là une des préoccupations du ministre, et très franchement c'est l'une des miennes aussi. Je serais heureux si elle prenait le temps—ou si elle demandait à ses fonctionnaires—d'examiner l'amendement pour voir si on ne pourrait pas l'accepter puisqu'il ne serait pas expansionniste—en d'autres termes, je ne veux pas tout simplement qu'on le rejette rapidement—je veux que l'on mette l'accent sur l'accréditation: si une personne ainsi accréditée par la province n'en demeure pas moins après cette démarche nécessaire qualifiée aux termes de l'article tel qu'amendé.

Je sais que je m'exprime presque en devinettes, mais je crois que nous comprenons ce que je fais. Tout ce que je demande au ministre et au Comité, maintenant—puisque l'il s'agit d'un amendement que nous avons l'intention de proposer et j'aimerais donner au ministre le temps avant que nous ne propositions expressément cet amendement de façon à ce qu'elle puisse préparer ses arguments et qu'elle étudie particulièrement l'aspect de l'accréditation.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Vous agissez là je crois dans l'esprit d'une séance de travail et donc c'est ainsi que je vais répondre. Bien que j'aimerais pouvoir le faire, pouvoir accepter une meilleure définition du point de vue du consommateur—disons—je tiens

[Text]

want to remind members of the committee that to my knowledge provinces generally speaking oppose that; and of course the CMA. Provincial officials have let it be known to my officials in recent weeks.

Beyond that point, I will add that I will look into the possibility of a symbolic amendment, not bearing on comprehensiveness. I think we all understand each other. I will explain why. The whole Bill being a consolidation of existing legislation, we have moved forward on the two key concepts of banning extra charges and making precise the great area of chronic care patients. But there is still the balance that I gave my word to the provinces I would respect. In other words, we are not redoing the health system today; and the whole Bill, because of the past, is based on medical practitioners. I have never negotiated that with the provinces. But I will look into a symbolic definition of "health care practitioner". I must, however, transmit to committee members that officials of the provinces have made their opposition known. If that could be cleared up, there is no need to say we would have no problem.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I thank the Minister. I have other questions, but I do not want to monopolize the time.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like an explanation of the change that has been suggested by the Minister to the definition of "user charge" . . . just what the concern was there with the wording as it was in the original Bill.

Madam Bégin: Dr. Law will comment, if you permit.

Dr. Maureen Law (Associate Deputy Minister, National Health and Welfare): The intention was, in a sense, to close one possible loophole. The way it read originally, it might have been concluded that if the patient paid the bill but it was later reimbursed by the hospital insurance plan, that would be considered an extra bill. We wanted to clarify that that was not the case; that it is only the amount that is not paid by the health insurance plan, either to the doctor or the patient—is considered the user charge. You could have the situation, for example, of the user charge in a doctor's office somehow being reimbursed by the health insurance plan. So we want to clarify that it is an amount over and above a private plan. That was one aspect.

• 1030

The second was just to exclude extra-billing as a user charge because it is dealt with separately. The way it is worded now does not make clear that it does not include extra-billing and we therefore might double-count extra-billing in a sense; for example, in the amount for user charges.

[Translation]

simplement à rappeler aux membres du Comité, qu'à ma connaissance, les provinces d'une façon générale s'y opposent; tout comme évidemment la A.M.C. Les fonctionnaires provinciaux l'ont fait savoir à mes fonctionnaires ces dernières semaines.

Mais autrement, j'ajouterai que je vais étudier la possibilité d'apporter un amendement symbolique, qui ne porte pas sur l'universalité. Je crois que nous nous comprenons tous. Je vais vous expliquer pourquoi. Puisque dans son ensemble le projet de loi constitue un amalgame des lois actuelles, nous avons agi sur deux concepts clefs, celui visant à interdire la surfacturation et celui de préciser tout ce grand domaine que constituent les patients chroniques. Toutefois, pour le reste, j'ai donné ma parole aux provinces que je n'y toucherai pas. En d'autres termes, nous ne refaisons pas aujourd'hui le régime de santé; or l'ensemble du projet de loi, à cause du passé, repose sur la définition de médecins. Je ne l'ai jamais négocié avec les provinces. Toutefois, je vais étudier une définition symbolique de *health care practitioner*. Je dois toutefois faire part aux membres du Comité du fait que les fonctionnaires provinciaux nous ont fait connaître leur position. Si l'on pouvait éclaircir ce point, il est évident que le problème serait éliminé.

Le président: Merci, monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je remercie le ministre. J'ai d'autres questions, mais je ne veux pas m'approprier tout le temps.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais que le ministre nous explique la modification qu'elle propose à la définition de «frais modérateurs»—qu'est-ce qui la préoccupait dans le libellé du projet de loi original.

Mme Bégin: Le D^r Law vous répondra, si vous le permettez.

Le docteur Maureen Law (sous-ministre adjoint, Santé nationale et Bien-être social): D'une certaine façon, l'intention était de bloquer une éventuelle échappatoire. Dans le texte original, on pouvait conclure que si le patient payait son compte pour ensuite être remboursé par le régime d'assurance-hospitalisation on jugerait que c'est là de la surfacturation. Nous voulions préciser que ce n'était pas le cas; que ce n'est que la somme que le régime d'assurance-santé ne rembourse pas, soit au médecin soit au patient—qui est jugée être des frais modérateurs. Il serait possible, par exemple, que dans certains cas les frais modérateurs dans un bureau de médecin soient pour une raison quelconque remboursés par le régime d'assurance-santé. Nous vous tenons donc à préciser qu'il s'agit d'une somme en sus de ce que verse un régime privé. C'est là un aspect.

Ensuite nous voulions exclure la surfacturation comme frais modérateur puisqu'il en est question ailleurs. Le libellé actuel ne précise pas clairement qu'il ne s'agit pas de la surfacturation et par conséquent, nous pourrions d'une certaine façon compter deux fois la surfacturation; par exemple, dans le montant de frais modérateur.

[Texte]

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I think I understand that, Mr. Chairman. We, too, intend some amendments in this whole section. I am not sure whether or not . . .

The Chairman: We will finish the questioning of the Minister on her comments first of all.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I just want to go back to Jake's proposition regarding our first amendment.

Madam Bégin: Mr. Epp.

Il a l'air d'une tenancière de bordel . . .

Mr. Halliday: That is a three-letter word.

Mme Bégin: . . . ou d'un maître d'hôtel.

Mr. Halliday: I want just to clarify for myself and for the Minister that the intent, as I understand it, of what Mr. Epp is proposing is not to require the provinces to expand their comprehensiveness of coverage in any way. It would be an enabling sort of clause that would permit the provinces to do that, but they would not be required to do it. That is a very important distinction.

I respect the Minister's concern about not requiring the provinces to expand the services they provide, but this does not do that as I interpret it. It just enables them to do it should they wish to, and that is a different matter altogether.

So I wonder if the Minister is aware of that fine distinction and whether that does not alter her argument a little.

Madam Bégin: First, we have not seen the text. Second, I understand perfectly well—and in, I thought, very ministerial words the other day I answered that point, but if you want Monique Bégin to answer it this morning she will do it this way. It is very easy for us, the feds, to appear as great politicians and say yes, and then the provinces are stuck with the daily pressure, the daily etc., and that is a dimension of the dynamics of the health system that I think we will also want to take into consideration. If an "enabling" definition puts an automatic pressure that we cannot hide to ourselves . . .

Je ne veux pas être une peau de vache pour des gens qui exercent des métiers très difficiles, mais je vais en tenir compte dans l'optique que j'ai expliquée à M. Epp.

Mr. Halliday: Thank you.

The Chairman: I have no further questioning of the Minister on these proposed amendments.

Mr. Epp and Mr. Blaikie, how would you like to proceed at this time.

Mr. Epp.

Madam Bégin: I forgot, Mr. Chairman, a tiny French correction.

[Traduction]

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je crois que je comprends, monsieur le président. Nous aussi avons l'intention d'apporter des amendements à tout cet article. Je ne sais pas si . . .

Le président: Nous allons d'abord terminer d'interroger le ministre sur ses remarques.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je voulais revenir à la proposition de Jake au sujet de notre premier amendement.

Mme Bégin: Monsieur Epp.

You make him sound like a *madame* . . .

M. Halliday: C'est un mot à trois lettres.

Madam Bégin: . . . or a *maître d'* . . .

M. Halliday: Je tiens simplement à préciser, pour moi-même et pour le ministre, que l'intention de ce que propose M. Epp, si j'ai bien compris, ce n'est pas d'exiger que les provinces élargissent l'universalité de leur assurance. Il s'agirait d'une disposition habilitante si on veut qui permettrait aux provinces de le faire, mais qui ne l'exigerait pas. Cela est une distinction très importante.

Je respecte le désir du ministre de ne pas exiger que les provinces élargissent les services qu'elles fournissent, mais selon mon interprétation, un tel amendement n'aurait pas cet effet. Il s'agit simplement de permettre aux provinces de le faire si elles souhaitaient le faire, ce qui est tout à fait différent.

Je me demande donc si le ministre est sensible à cette fine distinction et si cela ne modifie pas un peu son argument.

Mme Bégin: Tout d'abord, nous n'avons pas vu ce texte. Deuxièmement, j'ai parfaitement compris—et en termes très ministériels me semble-t-il, j'ai répondu à ce point l'autre jour, mais si vous voulez que Monique Bégin y réponde ce matin, elle le fera de la façon suivante. Il est extrêmement facile pour nous, les fédéraux, de paraître comme de grands politiciens et de dire oui, et ce sont ensuite les provinces qui sont aux prises avec les pressions quotidiennes, le quotidien, etc., ainsi que la dimension de la dynamique du régime de santé dont nous voudrions également, je crois, tenir compte. Si une définition «habilitante» exerce une pression automatique que nous ne saurions nous cacher . . .

I do not want to be a bitch for people who exercise very difficult professions, but I will take this into account as I explained to Mr. Epp.

M. Halliday: Merci.

Le président: Il n'y a aucune autre question sur les amendements proposés par le ministre.

Monsieur Epp et monsieur Blaikie, comment voulez-vous procéder maintenant?

Monsieur Epp.

Mme Bégin: J'ai oublié, monsieur le président, une toute petite correction en français.

[Text]

The Chairman: Mrs. Bégin.

Mme Bégin: Si vous le permettez, je voudrais simplement mentionner qu'à l'article 2 de la version française, à la ligne 21 de la page 2, il faut dire: «des habitants de la province...», mais il s'agit vraiment là d'un détail.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, what is the possibility of going through all the Minister's amendments at this point in the same way as we just did and getting clarification? Is that acceptable to committee members?

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: My own inclination at this point, because we have been told that there were possible additional amendments from Mr. Epp and Mr. Blaikie, would be to stand Clause 2. On the other hand, I think we should proceed clause by clause in the sense that we decide clause by clause whether we want to pass it or whether we want to stand it. I think a blanket decision may not be warranted at this point so why do we not just go to Clause 3 and see if we want to stand it or we want to pass it, and so on and so forth. That could be the most flexible way to proceed, but that is only a suggestion.

Mr. Epp: Mr. Chairman, if this helps the committee—I know the *Beauchesne* rule—I could go either route where we would look at the Minister's amendments to Clause 2 and stand the clause.

• 1035

I know the rules cause problems with that, but the committee also can do anything it wants to do and I am willing to be that accommodating. On the other hand, if the committee feels that it is better to go to other clauses, I want to simply let the committee know that our next amendment would be Clause 12. So at least from our perspective there would be a number of clauses we would go with.

The Chairman: On the same point, Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Since there are amendments that will be proposed by another group, but they are not ready yet, and because of the fact that we must proceed in an orderly fashion—in other words, at some point we have to follow the logical sequence of the Bill. At some point, when we come to an amendment that normally is proposed by the opposition, we will be stuck, because we cannot proceed to the next one. I think there is only one way, to my mind, to proceed, if you do not want to be stuck, and it is the logical way: Stand Clause 2 until the time that we have those amendments. Maybe we should go to Clause 3 at this point in time. That will simplify your work, I think, Mr. Chairman. That is better than trying to pass two or three of the Minister's amendments and then we are stuck. We would then have to pass some more whenever we come to amendments that the others will be proposing. We will be completely mixed up. So that is my suggestion at this point.

The Chairman: Thank you, Mr. Lachance.

I propose therefore that Clause 2 stand.

[Translation]

Le président: Madame Bégin.

Madam Bégin: With your permission, I would simply like to mention that in Clause 2, French version, at line 21 of page 2, one must read: *des habitants de la province...*, but really it is a detail.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, quelle possibilité y a-t-il d'étudier tous les amendements du ministre maintenant, de la même façon que nous venons de le faire pour obtenir des précisions? Cela serait-il acceptable aux membres du Comité?

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Pour ma part, je suis plutôt tenté, en ce moment, puisque MM. Epp et Blaikie nous ont dit qu'il était possible qu'ils présentent des amendements supplémentaires, de réserver l'article 2. Par contre, je crois que nous devons procéder article par article, en ce sens que nous devons décider, si nous voulons adopter ou réserver chaque article à tour de rôle. Je crois qu'une décision globale n'est peut être pas souhaitable en ce moment, et donc pourquoi ne pas tout simplement passer à l'article 3 et voir si nous voulons le réserver ou si nous voulons l'adopter, etc. Ce serait la façon la plus souple, mais ce n'est qu'une suggestion.

M. Epp: Monsieur le président, si cela peut aider le Comité—je connais le Règlement dans *Beauchesne*—je suis disposé à faire l'un ou l'autre, mais nous pourrions examiner les amendements du ministre à l'article 2, et ensuite réserver l'article.

Je sais que le Règlement pose un problème mais le Comité peut faire tout ce qu'il veut et je peux être aussi souple qu'il le souhaite. Par contre, si le Comité estime qu'il est mieux de passer à d'autres articles, il doit savoir que notre prochain amendement porte sur l'article 12. Donc, du moins en ce qui nous concerne, il y a un certain nombre d'articles que nous accepterions.

Le président: Sur le même sujet, monsieur Lachance.

M. Lachance: Étant donné qu'un autre groupe proposera également des amendements qui ne sont pas prêts et parce qu'il nous faut procéder de façon ordonnée, suivre tout de même un peu l'ordre logique du projet de loi, nous risquons à un moment d'être bloqués lorsqu'il s'agira d'un amendement qui doit être proposé par l'opposition. Cela nous empêchera de passer au prochain. Il me semble qu'il n'y a qu'une façon de procéder pour éviter cela et c'est la façon logique: réserver l'article 2 en attendant que nous ayons reçu ces amendements. Peut-être doit-on donc maintenant passer à l'article 3? Cela pourrait simplifier votre travail, monsieur le président. C'est mieux que d'essayer d'adopter deux ou trois des amendements du ministre et d'être ensuite bloqués. Il nous faudrait y revenir lorsque nous aurons les amendements que proposent les autres. Nous nous embrouillerions complètement. Voilà donc ma suggestion.

Le président: Merci, monsieur Lachance.

Je propose donc de réserver l'article 2.

[Texte]

Clause 2 allowed to stand.

The Chairman: Mr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I do not know how factual you want to be. I will wait until later, if you want. However, I do want to raise something with the Minister in Clause 2 if that is still acceptable.

The Chairman: That is all right.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, if we can use the new numbering—we have G-4, which is Clause 2, page 3. The amendment that the Minister is proposing is with respect to using that word “medically necessary”, and that is what is of interest to me. There are a couple of things that the Minister might explain about that. It gives me some trouble for two reasons. First of all, who decides if it is medically necessary? Is that to be decided by the patient, the hospital or the physician?

The second question, and I will bring it down to very personal terms, if the Minister will allow me to refer to her own situation . . . If I am not mistaken, Madam Minister, you had occasion, when you had the misfortune of fracturing your wrist, to be in hospital and I suspect, if my memory is correct, that you were in a private room. Now, as I understand the way that this is worded now, you would be denied the opportunity of being in a private room. I wonder if that is what we want to see in this Bill, because that is exactly the way you would have to interpret it. There is no way conceivably, unless you were in some dire situation, that you could consider being in a hospital, where you need to be often for the management of a fractured wrist . . . There is no reason you have to be in a private room for it. Yet I quite frankly think you should have that privilege. The way it is worded now would deny you that privilege.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I am very surprised that any personal reference might take place here. I never broke my wrist and I never had that problem concerning a room. I do not know what the Member is referring to. I hope that is clear.

Now, who decides the expression “medically necessary”? The long practice of 25 years of medicare in Canada is based on the concept of medical necessity with the knowledge, translated into procedures, of the physician admitting to hospital and signing the discharge. So all the procedures of decisions in the various points of entry and getting out of the system are in the hands of the physician.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I understand that there is no option then for a patient to choose to be in a private room.

Madam Bégin: Dr. Law, on that point of private rooms.

Dr. Law: This actually is exactly the same provision that is in the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act at the present time. The intention is that it has to be an insured service for public accommodation or for private room or semi-private room, if that is medically necessary. It is not just the choice of the patient. That means that under this Act you would not be able to have a user charge for the public ward or for a private or semi-private room that was medically required. It is put in there in that way to allow you to have a user charge for preferred accommodation at the patient's request when it is

[Traduction]

L'article 2 est réservé.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je ne sais pas si vous voulez que les choses soient très précises et j'attendrai plus tard, si vous le voulez, mais j'aimerais tout de même poser une ou deux questions au ministre sur l'article 2.

Le président: C'est possible.

M. Halliday: Monsieur le président, si nous pouvons utiliser la nouvelle numérotation, nous avons G-4, qui est l'article 2, page 3. L'amendement proposé par le ministre porte sur l'utilisation des termes «médicalement nécessaire» et c'est ce qui m'intéresse. Le ministre pourrait peut-être nous expliquer une ou deux choses à ce sujet. Cela m'ennuie un peu. Tout d'abord, qui décide si c'est médicalement nécessaire? Cela doit-il être décidé par le patient, l'hôpital ou le médecin?

Ma deuxième question, et je la poserai de façon très personnelle, si le ministre me permet de parler de sa propre situation . . . Si je ne me trompe pas, madame le ministre, lorsque vous avez eu le malheur de vous fracturer le poignet, vous avez dû être hospitalisée et, si ma mémoire m'est fidèle, je crois que vous étiez dans une chambre privée. Maintenant, si je comprend bien le nouveau libellé, on vous refuserait la possibilité d'être dans une chambre privée. Je me demande si c'est ce que nous recherchons par ce projet de loi car c'est exactement la façon dont il faudrait interpréter ces termes. Il serait absolument impossible, sauf lorsque l'on est dans un état très grave, d'envisager d'être hospitalisé dans une chambre privée pour faire soigner un poignet fracturé. Or, très franchement, je trouve que vous devriez pouvoir bénéficier de ce privilège. Le libellé actuel vous le refuserait.

Mme Bégin: Monsieur le président, je suis très surprise que l'on fasse ici allusion à cas particulier. Je ne me suis jamais cassé le poignet et je n'ai jamais eu de problème de chambre. Je ne sais pas à quoi fait allusion le député.

Maintenant, qui décide du «médicalement nécessaire»? La longue pratique de 25 ans d'assurance-maladie au Canada est fondée sur le concept de la nécessité médicale et des connaissances du médecin, traduites en procédure pour admettre quelqu'un à l'hôpital et l'en laisser sortir. Toute la procédure décisionnelle des divers points d'entrée et de sortie relève donc du médecin.

M. Halliday: Monsieur le président, j'ai donc l'impression que le patient ne peut absolument pas choisir d'être dans une chambre privée.

Mme Bégin: Monsieur Law, qu'en est-il?

M. Law: C'est exactement la même distribution que dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. L'intention est qu'il doit s'agir d'un service assuré lorsqu'il s'agit de logements publics, de chambres privées ou semi-privées, si c'est médicalement nécessaire. Ce n'est pas simplement le patient qui choisit. Cela veut dire qu'aux termes de cette loi, vous ne pourriez pas vous faire demander de frais modérateurs, qu'il s'agisse d'un dortoir, d'une chambre privée ou semi-privée médicalement nécessaire. C'est indiqué de cette façon pour permettre des frais modérateurs si le patient

[Text]

not a medical necessity—which is the same situation we have now, where you can have . . .

• 1040

Mr. Halliday: I see. That, I think, is acceptable.

Dr. Law: That is the reason for it.

The Chairman: Dr. Lang has a comment.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. This draws me to one of the points I was making yesterday. If a physician judges that it is medically necessary that somebody have a coronary bypass as soon as possible and there is a six-month delay on coronary bypass surgery because of a lack of facilities for this, how does the patient work with the physician to ensure that he or she obtains this medical service when it has been designated as medically necessary? How does the Bill enable a guarantee to the accessibility of the service?

Madam Bégin: Dr. Law.

Dr. Law: I think the provision of things that are medically necessary can only be within reasonable limits. For example, on the specific point of the private room that is required for a medical necessity, obviously, if every private room is already filled with a patient who is there because of a medical necessity, the patient may have to be accommodated in some other way. There is a limit to what can be provided. What is incumbent on the health care system is to provide a reasonable supply of services to meet the reasonable expectations of the needs of the community. But that does not mean there will never be a situation where the service is not immediately available to the patient. Then, I think, the patient has to . . .

Mr. Lang: Mr. Chairman, I am going to have to rephrase my question, because I do not think you understood it. I was not talking about private rooms, I was talking, in my example, about obtaining coronary bypass surgery for somebody with angina that has been judged to be severe enough to increase dramatically the risk of a heart attack.

Dr. Law: I think, in a sense, it is the same situation, which is that this system has to provide a reasonable level of service. But that does not necessarily mean that no patient will ever wait for a necessary service, because it is virtually impossible for any system, public or private, to ensure that that never happens.

Mr. Lang: We are hearing, though . . .

Madam Bégin: To push the argument, Peter, I would suggest that the attending physician who makes the judgment that, in his or her opinion, the patient needs that coronary bypass will have the usual pressure put on the system very locally at one point in time; he or she is not the only physician in the area, so that usual dynamic will get into play. It is difficult to imagine a case like that, but it could then be that at one point the individual patient, or family, will want to make in writing the usual representation to the provincial Minister and could legally decide to take to court the provincial and

[Translation]

demande une chambre spéciale lorsqu'il ne s'agit pas de nécessité médicale—soit la même situation qu'aujourd'hui où il est possible . . .

M. Halliday: Je vois. Je crois que c'est donc acceptable.

M. Law: C'est l'explication.

Le président: M. Lang voudrait dire un mot.

M. Lang: Merci, monsieur le président. Cela m'amène justement à un des points que j'avais abordés hier. Si un médecin juge qu'il est médicalement nécessaire de faire un pontage à quelqu'un et que par manque d'installations, il y a six mois d'attente pour les pontages, comment le malade peut-il avec le médecin s'assurer qu'il recevra ce service médical qui a été déclaré médicalement nécessaire? Comment le projet de loi donne-t-il une garantie d'accès au service?

Mme Bégin: Docteur Law.

M. Law: Je crois que la prestation des services médicalement nécessaires doit être considérée dans des limites raisonnables. Par exemple, sur ce point particulier de la chambre privée médicalement nécessaire, il est évident que si toutes les chambres privées sont déjà données à des patients pour des raisons de nécessité médicale, le patient en question devra peut-être se contenter d'une autre chambre. Il y a une limite à ce que l'on peut offrir. Toutefois, le régime de santé public doit offrir une quantité de services raisonnables pour satisfaire aux attentes raisonnables de la collectivité. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura jamais de situations où le service ne peut être immédiatement fourni au patient. Je crois qu'il faut alors que le patient . . .

M. Lang: Monsieur le président, je vais devoir reformuler ma question car je ne pense pas que vous l'ayez bien comprise. Je ne parlais pas des chambres privées mais d'obtenir un pontage pour quelqu'un qui a une angine suffisamment grave pour accroître considérablement le risque d'attaque.

M. Law: C'est, dans un sens, la même situation puisque le régime doit offrir un niveau raisonnable de services. Cela ne veut pas dire nécessairement qu'aucun patient n'aura jamais à attendre un service nécessaire car il est pratiquement impossible, quel que soit le régime, public ou privé, d'assurer que cela ne se produise jamais.

M. Lang: Nous entendons toutefois dire que . . .

Mme Bégin: Peter, je crois que le médecin en question qui juge que le patient doit se faire faire un pontage pourra exercer les pressions voulues sur l'hôpital au moment opportun; ce n'est pas le seul médecin de la région si bien que la dynamique habituelle jouera. Il est difficile d'imaginer un cas semblable, mais il est possible que le patient ou sa famille décide de présenter par écrit l'instance habituelle au ministre provincial et de poursuivre le gouvernement provincial ou le gouvernement fédéral. Mais c'est quelque chose qui ne s'est jamais produit et c'est pourquoi je ne puis répondre qu'hypothétiquement.

[Texte]

federal governments for that. But that is a test case that never took place; that is why I speak of it in theory.

Mr. Lang: Yes. I thank the Minister for that clarification, but that is exactly why I want to ensure that the legislation we have, that we are drawing up right now, ensures that somebody has reasonable access to surgery that is of very major importance to him.

The example I am giving is something that the local physicians here in Ottawa are advertising on the radio; it is the kind of case that could occur where somebody would not receive the surgery he needs. I know, or, let me say, I suspect that physicians will operate within the confines of the system that we set up, and if we set up a system in which you have to wait six months for coronary bypass surgery, even if it is medically necessary that you should have it in three months—and it is a judgment call in some cases, maybe not in this one—then they will operate on a six-month waiting list. That is the way they will do it. They will work within the system.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, on that, we have discussed that a lot during all the months and years that medicare has been in the *place publique*. I would submit that through a piece of legislation you can do only so much, and as Dr. Law expressed so well, it is the concept of reasonable access to the best knowledge of everybody.

• 1045

So a certain model exists now in Canada. I do not think reference to commercials by any groups with vested interests is valid here. I am sorry to say that, but we prefer to work with facts on that, especially because of the ideological context of these commercials, where lots of things are said.

We have thought of that: Where is the health system going to go? Are we providing new loopholes we do not even know about? If a movement were to start through various communities in a part of Canada towards much more restrictive practices, shall we say, of access through waiting lists—that is what you suggest—it is your political dynamics. By that, I mean the consumer groups and the pressure on the politicians which slowly will create a counterbalance to that disruption of the institution.

I hope I am not too vague when I say that. There is no other way you can crystalize or codify in a piece of legislation every number of days a procedure must be honoured or what; there is no other way. We think that is why there have been mistakes which have created explosions here and there in the debate of this Bill. At times, instead of simply taking the two old Acts . . . People often ask: Why not make just two paragraph changes to the old Acts? It is because we want the public to have an instrument of information and of knowledge in one single simple piece of paper. That is what we are trying to do as well. Beyond that point, I do not know how we could it anyway.

Mr. Lang: Mr. Chairman, I accept the Minister's point regarding the commercial, and I will take back the commercial

[Traduction]

M. Lang: En effet. Je remercie le ministre de cette précision, mais c'est exactement la raison pour laquelle je voudrais que le projet de loi que nous étudions actuellement garantisse que quelqu'un puisse avoir raisonnablement accès au service de chirurgie dont il a absolument besoin.

L'exemple que je donne est quelque chose dont parlent en ce moment à Ottawa à la radio les médecins; c'est le genre de cas qui pourrait se produire, le cas de quelqu'un qui ne pourrait obtenir le service chirurgical nécessaire. Je suppose que les médecins respecteront la loi et que si nous mettons sur pied un système qui permet que l'on attende six mois pour un pontage chirurgical, même si c'est médicalement nécessaire de le faire dans les trois mois—et c'est dans certains cas une question de jugement—they se contenteront de la liste d'attente de six mois. C'est la façon dont cela marchera. Ils suivront la loi.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, nous avons beaucoup discuté de cela en public quand nous parlions d'assurance-maladie. J'estime que la loi ne peut pas tout faire et comme le disait parfaitement le docteur Law, c'est le concept d'accès raisonnable, appliqué au mieux par chacun.

Il existe donc maintenant un certain modèle au Canada. Je ne crois pas que l'on puisse s'arrêter sur la publicité que font certains groupes qui ont des intérêts particuliers à défendre. Je suis désolée, mais nous préférons à ce sujet considérer la réalité, surtout du fait du contexte idéologique de cette publicité où l'on dit beaucoup de choses.

Nous y avons réfléchi. Que devient le régime de santé? Sommes-nous en train d'offrir des échappatoires sans même le savoir? Si en divers endroits, un mouvement devait commencer en faveur de pratiques beaucoup plus restrictives quant à l'accès par listes d'attente—c'est ce dont vous parlez—c'est la dynamique politique. Je veux dire que les groupes de consommateurs et les pressions exercées sur les milieux politiques créeront progressivement le contrepoids nécessaire.

J'espère ne pas être trop vague dans cette réponse. Il est impossible de codifier autrement les délais à respecter; c'est aussi simple que cela. C'est à notre avis pourquoi certaines erreurs ont fait exploser des gens au cours du débat. Il est arrivé que plutôt que de considérer les deux anciennes lois . . . Les gens disent: pourquoi ne pas simplement modifier deux alinéas des anciennes lois? C'est parce que nous voulons que la population ait un outil d'information et des connaissances dans la même loi. C'est ce que nous essayons de faire. Sinon, je ne sais pas comment ce serait possible.

M. Lang: Monsieur le président, j'accepte la réponse du ministre en ce qui concerne la publicité faite par certains

[Text]

and just give you the example. But I would say I think the problem here is: If we give one group, the medical practitioners, the responsibility of judging what is medically necessary . . . and I understand that is what we have done—if they have that responsibility and they are also the ones held accountable for their decisions—we are not; they will be—then with responsibility and accountability they must have the authority. That is just a basic principle of operation. If you have the responsibility and accountability, you must have the authority to carry out the decision you are taking.

What I am concerned about is that we may be creating a situation in which physicians have the responsibility to make sure somebody receives the surgical procedure; a coronary bypass, for example. They will be held accountable if that patient does not receive it, but they do not have the authority to ensure they receive the service. That is the concern I have, that we are setting up this kind of system here with this legislation.

The Chairman: Does the Minister have some comments?

Madam Bégin: I will try rapidly to make one point, Dr. Lang. I would submit that, since about the last three decades, the health system in Canada must be viewed in terms of systems analysis, not just in terms of a single unified line of authority the way you describe, and that interface takes place all the time. What we require of doctors here is to express a judgment on medical requirements, no more. They are not the providers of the services, and that is not their responsibility. Then they interface with the hospital administrators, other groups and what not, and they have their own professional interface with the government also, provincially. These are provincial matters.

The Chairman: One more question, then I will have to let someone else talk.

Mr. Lang: Mr. Chairman, I think this is a very important point. It seems to me, if the physician makes a judgment that it is medically necessary that somebody have coronary by-pass surgery, that physician will be held accountable not only in a moral sense but in a legal sense if he or she does not ensure that person receives that surgery, no matter what the hospital administrator says.

Madam Bégin: I just want to reassure the Member on one point, Mr. Chairman. If services which are medically necessary were not provided, there would be a provincial responsibility, and we would be justified to establish through the process proposed—eventually, I mean; that has never happened—a case for breach of the future legislation in penalty and consequence.

• 1050

The Chairman: On this general point I think I have Dr. Hudecki, Dr. Halliday and Mr. Reid.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: From a practical point of view, what actually happens in situations in which there is urgency or an emergency, it is really the responsibility of the attending physician to see that that patient is admitted. The process followed

[Translation]

groupes d'intérêt et je me limiterai donc à un exemple. J'estime que le problème est que si nous donnons à un groupe, aux médecins, la responsabilité de juger ce qui est médicalement nécessaire—et je comprends que c'est ce que nous avons fait—si ce sont également eux qui sont tenus comptables de leurs décisions—ce n'est pas nous; ce sont eux—they doivent également pouvoir disposer de certains pouvoirs. C'est simplement un principe fondamental de fonctionnement. Si vous avez la responsabilité, vous devez avoir également le pouvoir de faire exécuter vos décisions.

J'ai peur qu'on crée des situations où les médecins ont la responsabilité de s'assurer que quelqu'un reçoit un service chirurgical; un pontage, par exemple. Qu'ensuite on les tienne responsables si le patient ne reçoit pas ce service alors qu'ils n'ont pas l'autorité voulue pour s'assurer que le service est bien fourni. C'est pourquoi j'ai peur du genre de système que l'on met sur pied dans ce projet de loi.

Le président: La ministre veut-elle répondre?

Mme Bégin: J'essaierai de répondre rapidement, docteur Lang. Depuis environ trois décennies, j'estime qu'il faut considérer le régime de santé public du Canada autrement que comme une simple ligne d'autorité car il y a toujours interaction. Ce que nous demandons ici aux médecins c'est de juger des besoins médicaux, c'est tout. Ce ne sont pas eux qui dispensent les services et ce n'est pas leur responsabilité. Ils ont ensuite des rapports avec les administrateurs des hôpitaux, d'autres groupes, etc., ainsi qu'avec le gouvernement à l'échelon provincial. Il s'agit de questions provinciales.

Le président: Une dernière question et je devrai donner la parole à quelqu'un d'autre.

M. Lang: Monsieur le président, j'estime que c'est un point très important. Il me semble que si le médecin juge qu'il est médicalement nécessaire que quelqu'un ait un pontage, il sera tenu comptable non seulement du point de vue moral mais du point de vue légal s'il ne fait pas en sorte que cette personne reçoive ce service chirurgical, quoi qu'en dise l'administrateur de l'hôpital.

Mme Bégin: Je me contenterai de rassurer le député sur un point, monsieur le président. Si les services médicalement nécessaires ne sont pas fournis, cela relève de la responsabilité provinciale et nous pourrions alors établir par la méthode proposée—éventuellement, car cela ne s'est jamais produit—qu'il y a infraction à la loi et que cela entraîne une peine et certaines conséquences.

Le président: Je crois qu'à ce sujet, MM. Hudecki, Halliday et Reid veulent prendre la parole.

Docteur Hudecki.

M. Hudecki: Du point de vue pratique, ce qui arrive en fait dans des situations d'urgence, c'est que c'est en général au médecin de veiller à ce que le patient soit admis à l'hôpital. On téléphone en général au service des admissions en donnant les

[Texte]

usually is that you phone the admitting department and tell them that such and such a person must be admitted and the reasons for it. If there is no bed available you then phone the administrator or the superintendent and then the responsibility rests with the hospital. If the superintendent feels he is being unjustly harassed by that particular physician, he in turn has a staff of chiefs of services and he then passes the buck or the responsibility onto the chiefs of services who are the peers of the doctors. This is part of the practice of every emergency case; it has been done over the years and is going to continue to be done. I think that that process can function, will function, and if enough complaints are made then that local hospital unit has to either enlarge its facilities or has to have better teamwork with hospitals in the immediate adjoining area.

This is not new. This is a system that has been in vogue for years. It went on before we had this particular kind of health act and it will continue to go on indefinitely.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. Still on Clause 2, and to the Minister: We had some interesting testimony when we had our witnesses here from the Canadian Association of Emergency Physicians, and I do not think they were trying to support or go after any ulterior motives in what they were bringing to our attention as witnesses.

They were trying to tell us, I think Mr. Chairman, that emergency health services are something where there should be no deterrent whatsoever, whether you are taken to hospital because of an acute illness at home or whether from an accident and so on. Their brief suggests that they feel the Bill does not address that very adequately. For instance, they define what they think emergency health services should be, and that is fine. But they also go on to say this:

All pre-hospital care should be insured services.

Madam Bégin: Ambulance services, and that kind of thing.

Mr. Halliday: That is what they are saying. They also say:

... to ensure that critically ill and injured patients have access to emergency health care.

I think they feel there is nothing in the Bill that sort of guarantees that. It is fine; some ambulances are under the jurisdiction of a hospital so you might consider that since you insure hospital expenses you therefore would insure ambulances. But some ambulances are privately owned and therefore they might not be covered under this Bill.

I wonder whether we should not take a look at including emergency health services in your definition of insured health services, where you now have hospital services, physicians' services and surgical-dental services. They are putting, I think, a strong argument for including emergency health services in there because right now you can argue that part of it is covered but it is probably not all covered. I wonder if the Minister would be willing to look at that?

Madam Bégin: I have, Mr. Chairman. If you permit me I can give Dr. Halliday the answer.

[Traduction]

raisons pour lesquelles telle ou telle personne doit être admise. S'il n'y a pas de lit disponible, on téléphone à l'administrateur ou au directeur et la responsabilité retombe alors sur l'hôpital. Si le directeur estime qu'un médecin le harcèle injustement, il dispose d'un certain nombre de chefs de service à qui il peut renvoyer la balle ou la responsabilité. Ces chefs de service sont les pairs des médecins. C'est ce qui se passe dans tout cas d'urgence; cela s'est toujours passé comme ça et cela continuera. Je crois que cette méthode peut fonctionner et va fonctionner et si l'on présente suffisamment de plaintes, l'hôpital local devra soit agrandir ses installations soit mieux travailler en collaboration avec les hôpitaux du voisinage.

Il n'y a rien de neuf à cela. C'est un système en vogue depuis des années. Cela existait même avant que nous ayons ce genre de loi sur la santé et cela continuera indéfiniment.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Toujours à propos de l'article 2 et je m'adresse au ministre. Nous avons entendu un certain nombre de témoignages intéressants de l'Association canadienne des médecins d'urgence qui ne défendait pas à mon avis des intérêts particuliers en signalant un certain nombre de choses à notre attention.

Ils essayaient de nous dire que les services de soins d'urgence sont un secteur dans lequel il ne devrait y avoir aucune mesure dissuasive, que l'on soit amené à l'hôpital pour une maladie aiguë ou suite à un accident, etc. Ils estiment que le projet de loi ne satisfait pas convenablement à ce besoin. Ils indiquent par exemple ce que devraient être à leur avis des services de soins d'urgence mais ils disent également:

Tous les soins pré-hospitaliers devraient être assurés.

Mme Bégin: Les services d'ambulance et ce genre de choses.

M. Halliday: C'est ce qu'ils disent. Ils déclarent également: pour s'assurer que les malades et les blessés qui se trouvent dans une situation critique aient accès aux services d'urgence.

Ils estiment que rien dans le projet de loi ne garantit ce genre de choses. Certaines ambulances relèvent d'un hôpital si bien que l'on peut considérer que puisque l'on assure les frais hospitaliers, on assure également les ambulances. Toutefois, certaines ambulances sont privées et ne sont pas toujours couvertes par ce projet de loi.

Je me demande si nous ne devrions pas envisager d'inclure les services de soins d'urgence dans la définition des services assurés qui contient déjà les services hospitaliers, les services de médecins et les services de chirurgie dentaire. Ces témoins estiment vraiment que les services de soins d'urgence devraient être inclus car à l'heure actuelle on peut prétendre qu'une partie de ces services est couverte mais probablement pas tout. La ministre voudrait-elle réfléchir à cela?

Mme Bégin: J'y ai déjà réfléchi, monsieur le président. Si vous me permettez, je vais répondre au docteur Halliday.

[Text]

At the time we went EPF, in the sense of going block funding instead of cost-sharing, ambulance services—I say ambulance services because basically that is the reference that is made here, but it means also other pre-emergency services—was not generally established under the cost-sharing between the Provinces and us. In other words, in most cases I think it was still more or less a private system in place. So if I were to propose that today I would be imposing an added burden on the Provinces, in certain cases, and it is not even my business to do it. But in practice, services do exist almost everywhere. But it is not for us to impose it through this Bill because that would be clearly expansionary in terms of the . . .

You see, could I just come back one minute to how we started this Bill. If you remember, I think I said it in my first appearance as a witness, we tried . . . and I have forgotten at which of the federal/provincial meetings it was—two years ago I proposed to my colleagues . . . I said: Are we ready to take what exists de facto in the ten provinces and codify it in the new Bill C-3? In other words, let us broaden a tiny bit the previous, old, legislation if, in practice, new procedures exist in the 10 provinces and, therefore, without any additional financial burden. Mental hospitals is a case in point. The provinces opposed that and did not want it; we will respect that. We will not undo anything either. We will not take away things that exist for the public, although it will not be in this bill.

• 1055

The Chairman: I still have Mr. Reid and Mr. Blaikie on Clause 2 and then we will try to move on to Clause 3. Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): I have just a very brief comment on Dr. Halliday's remarks, Madam Minister. We were told by the emergency practitioners that this was the developing new specialty within the medical profession and that it did have a real savings factor in the cost efficiency aspect of medicare.

I want to come to my question. Since we are dealing with definitions, and I am looking at G-2, the government amendment, to remove the word "eligible" before "surgical-dental services", and we have had interchangeable terms this morning, such as "unless medically necessary", "medically required", "dentally required", I would like to know whether in fact they are interchangeable. Is the meaning exactly the same? For purposes of clarity and for having the information on the record, please tell me what you meant when you removed the word "eligible". Then we all know what we are talking about.

Madam Bégin: I think they were so nervous when they drafted the Bill, they did not want to lose any ends. We went

[Translation]

Lorsque nous avons commencé le financement des programmes établis, adopté le financement global plutôt que le partage des frais, les services ambulanciers—je dis bien les services ambulanciers car c'est essentiellement ce dont vous parlez, mais cela signifie également les services de pré-urgence—n'étaient pas en général compris dans les frais partagés entre les provinces et le gouvernement fédéral. Autrement dit, dans la plupart des cas, je crois qu'il s'agissait toujours plus ou moins d'un régime privé. Si je devais donc proposer aujourd'hui que cela soit inclus, j'imposerais un fardeau supplémentaire aux provinces, dans certains cas, et je ne puis même pas le faire. En fait, pratiquement, ces services existent presque partout. Il ne nous appartient pas d'imposer cela dans le projet de loi car ce serait vraiment dépasser . . .

Vous comprenez, il faut que je revienne sur les origines de ce projet de loi. Si vous vous souvenez, je crois que j'ai dit la première fois que j'ai comparu devant votre Comité que nous avions essayé—j'oublie à quelle réunion fédérale-provinciale—il y a deux ans de proposer à mes collègues . . . Je leur ai dit: est-on prêt à codifier dans le nouveau projet de loi C-3 ce qui existe de facto dans les 10 provinces? Autrement dit, cela signifierait élargir un peu l'ancienne législation là où, dans les faits, de nouvelles dispositions auraient déjà été prises par les dix provinces, ce qui donc ne leur imposerait aucune charge financière supplémentaire. Le cas des hôpitaux psychiatriques en est un exemple. Les provinces s'y sont opposées, elles ne voulaient pas en entendre parler; nous respecterons cela. Nous n'allons pas non plus défaire quoi que ce soit qui existerait déjà. Il n'est pas question de priver les utilisateurs de quoi que ce soit déjà en place, mais évidemment ce ne sera pas dans le projet de loi.

Le président: J'ai encore MM. Reid et Blaikie pour l'article 2, et nous passerons ensuite à l'article 3. Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): J'ai une remarque brève à faire à propos de ce qu'a dit M. Halliday, madame le ministre. Les spécialistes des urgences nous ont dit que cette nouvelle spécialité prenait de l'extension au sein de la profession médicale, et que cela permettait d'ailleurs de faire faire de réelles économies à l'assurance-maladie.

Je passe maintenant à ma question. Puisque nous en sommes ici à des définitions, et je regarde G-2, l'amendement du gouvernement, où il est question de supprimer le terme «admissibles», après «services de chirurgie dentaire», et l'on a proposé un certain nombre de termes interchangeables ce matin, tels que «*unless medically necessary*», (à moins de nécessité médicale), ou «*medically required*» (médicalement nécessaire), «*dentally required*» (nécessaire sur le plan dentaire), et j'aimerais savoir si ces expressions sont effectivement équivalentes; ont-elles effectivement le même sens? Pour plus de clarté, et pour que cela figure au compte rendu, dites-moi exactement l'objectif poursuivi en supprimant le terme «admissibles». Nous saurons alors tous de quoi il s'agit.

Mme Bégin: Je pense que la rédaction s'est faite dans pas mal d'émotion, et qu'on ne voulait surtout pas perdre de vue

[Texte]

to the various provinces and immediately, with the very first province, I remember, in discussions with the Minister in Newfoundland and then P.E.I., and others, we all saw that difficulty. We meant exactly what was already in the Bill, so we did not need the appearance of future intervention through regulations. I think it was just a way of saying things without necessarily having thought through the political consequences of avoiding, whenever possible, the discretionary power of regulations. When we added to the technical draft the political dimension—is it needed or not—the the answer showed that it is not needed. I think that is why. It is a clearly established field of medicare.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, my last question is on the very same point because I want a further clarification then on the terms “medically necessary”, “medically required”, “dentally required”. In response to an earlier question, I believe you replied that the “medically necessary” definition would be within the ambit of the physician himself or herself. Does that same thing follow with respect to “dentally required” in this amendment G-2? Are we really talking about the same thing when we talk about “medically required” as compared to “medically necessary”? If we are, maybe we should use the same terms throughout.

Madam Bégin: The answer is, yes, we are. They are synonyms. The answer is that it is the dental surgeon, the same concept of who makes the decision, applies as well for dental services.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Madam Minister.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, on the matter of what is expansionary and what is not expansionary is the point I followed up with the Minister the other day.

I think we could seize the opportunity to be expansionary if provinces either gave permission, so to speak, to be expansionary, which is what the Minister seems to want; the other alternative would be that the Minister indicate an intention or a willingness to open up the question of funding whatever expansionary things we include in this Bill. So there are two sides to this story.

The reason the provinces do not want us to be expansionary is that they have no indication from the federal government that there is a willingness to cost-share whatever insured services are added. If that indication could be given, say, today; if, for instance the Minister could say “Let us be expansionary . . .” I intend, after this bill, to sit down with the provinces and ask how we can cost-share the expansion that happened during the debate on the Canada Health Act, then I think we could get over that problem.

[Traduction]

quoi que ce soit. Nous nous sommes adressés à diverses provinces et immédiatement nous avons pressenti cette difficulté, dès notre premier contact, je m'en souviens, il s'agissait du ministre de Terre-Neuve et puis de l'Île-du-Prince-Édouard, puis des autres. Nous voulions exactement ce qui était inscrit dans le projet de loi, et ne pas donner l'impression de vouloir ensuite intervenir en ayant recours aux règlements d'application. C'était donc une façon de dire les choses, sans avoir peut-être réfléchi jusqu'au bout aux conséquences politiques, et d'éviter, si possible, le recours unilatéral aux règlements. Lorsque nous avons réfléchi à la dimension politique de la question, après l'avant-projet technique, et que nous nous sommes demandés si ce terme était nécessaire, la réponse était que non. Voilà pourquoi. Cela fait partie de façon très claire de l'assurance-maladie.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, ma dernière question porte sur le même point, car j'aimerais encore quelques éclaircissements sur l'utilisation des termes «*medically necessary*» (médicalement nécessaire), ou «*medically required*» (médicalement nécessaire), «*dentally required*» (nécessaire sur le plan dentaire). En réponse à une question qui a été posée tout à l'heure, vous avez répondu, je crois, qu'il était du ressort du médecin de décider si c'était «*medically necessary*» (médicalement nécessaire). Est-ce que cela concerne également le «*dentally required*» (nécessaire sur le plan dentaire) de l'amendement G-2? Parlons-nous de la même chose lorsque nous utilisons les termes «*medically required*» et «*medically necessary*» (médicalement nécessaire)? Dans ce cas, peut-être devrions-nous nous en tenir à une seule expression tout du long.

Mme Bégin: La réponse est oui, cela a le même sens. Ce sont des synonymes. S'il s'agit d'un chirurgien dentaire, c'est la même notion de responsabilité et de décision.

M. Reid (St. Catharines): Merci, madame le ministre.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'ai discuté l'autre jour avec M^{me} le ministre de la question de l'élargissement des dispositions.

Je crois que nous pourrions être plus larges si les provinces nous en donnaient l'autorisation, pour ainsi dire, et c'est ce que semble désirer le ministre; l'autre solution serait que le ministre indique qu'elle est prête à discuter de la question du financement de tout ce que l'on ajouterait à la liste des services compris dans le projet de loi. Cette question comporte donc deux facettes.

La raison pour laquelle les provinces ne veulent pas que nous élargissions trop la portée de ce projet de loi, c'est que le gouvernement fédéral ne leur a rien indiqué en matière de partage des frais pour tout service assuré qui serait ajouté. Si l'on pouvait donc faire signe aux provinces de ce côté, dès aujourd'hui, et si le ministre pouvait ici nous dire: «allongeons la liste . . .» Si donc le ministre pouvait dire qu'elle a l'intention, après l'adoption du projet de loi, de rencontrer les provinces pour discuter des modalités du partage des frais, pour tout ce qui aurait été ajouté pendant le débat sur la Loi

[Text]

There are two ways to break the log-jam. It is not only the provinces which can break the log-jam; the Minister can break the log-jam on this by giving that kind of indication. I just wanted to make that point, lest it be too easy for the minister to hide behind what the provinces are against, without saying why they are against it.

We intend to move some expansionary amendments in the hope of persuading the minister that this is the way we could go. One of them is the amendment as suggested by the emergency physicians that emergency services be included, because it seems to me that always has been a flaw in the medicare system; that people had to pay at that point in the health care system. Just the other day in Manitoba, for instance, a woman was charged \$80-something I believe, for being transferred from one hospital to another in an ambulance. It seems to me that kind of thing cannot exist if we want to be able to say—perhaps for the first time—that we are genuinely adhering to the principles of medicare, as I understand them anyway.

The Chairman: Mr. Epp, do you have any comments?

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Just on Dr. Lang's comments. I want to just be absolutely sure about this matter of "medical necessity"; I would like to have a practical explanation. If a person presents himself, or herself, let us say, in a clinic, in a doctor's office and it is assessed that person needs some medical attention—let us say some surgery—and no bed is found to be available, and that person either has additional medical complications or in fact dies because the surgery is not performed, do the changes in this bill shift onus or liability to anyone other than the onus and liabilities which now exist in the system?

Madam Bégin: Clearly, no.

Mr. Epp: Thank you.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I have one final point of clarification with the Minister on this amendment G-4, the "medically necessary" one.

... it is medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating injury and so on.

My question, Mr. Chairman, is this: Tertiary hospitals are the site, by and large, of most clinical and applied medical research, and they are having a lot of difficulty now because of funding problems. My question is, if a patient is admitted to hospital, to a tertiary centre, does the interpretation of this new clause also cover admission to hospital for necessary medical research, clinical medical research?

[Translation]

canadienne sur la santé, je pense qu'alors le problème serait résolu.

• 1100

Je pense donc qu'il y a deux façons de sortir de l'impasse, et que les provinces n'en ont pas seules la responsabilité, puisque le ministre peut éventuellement faire ce genre de déclaration. Voilà ce que je voulais dire, car il serait trop facile au ministre de se retrancher derrière l'opposition des provinces, sans qu'il soit dit clairement pourquoi les provinces sont contre.

Nous avons l'intention de proposer un certain nombre d'amendements élargissant les dispositions du projet de loi, dans l'espoir que le ministre sera convaincu du bien-fondé de nos propositions. L'un de ces amendements est celui des médecins des soins d'urgence, demandant que ces soins soient inclus, car en effet cela faisait jusqu'ici défaut au sein de notre système d'assurance-maladie; jusqu'ici ces frais étaient à la charge de l'utilisateur. C'est ainsi que l'autre jour, au Manitoba, une femme a dû régler une facture de 80\$ et quelque, je crois, pour être transportée d'un hôpital à un autre par ambulance. Voilà le genre de choses qui doit disparaître si nous prétendons véritablement nous faire les avocats des principes de l'assurance-maladie, comme je les comprends du moins.

Le président: Monsieur Epp, vous avez quelque chose à dire?

M. Epp: Merci, monsieur le président. Je reviens à ce qu'a dit M. Lang. Je voudrais être absolument sûr de cette expression «médicalement nécessaire»; j'aimerais avoir une explication concrète. Supposons que quelqu'un se présente, dans un dispensaire par exemple, ou dans le cabinet d'un médecin, et que celui-ci juge que cette personne a besoin de soins médicaux—par exemple d'une intervention chirurgicale—et que l'on ne trouve aucun lit disponible, et qu'ensuite l'état de ce malade s'aggrave, ou même qu'il meurt parce que l'intervention n'a pu avoir lieu, est-ce que les modifications qui sont apportées au projet de loi modifieraient le régime actuel de la responsabilité?

Mme Bégin: De façon très claire, non.

M. Epp: Merci.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, j'aimerais que le ministre clarifie encore un point de l'amendement G-4, concernant l'expression «médicalement nécessaires».

... médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, et cetera ...

Ma question, monsieur le président, est celle-ci: de façon générale, et la plupart du temps, la recherche clinique et la recherche médicale appliquée se font dans les hôpitaux tertiaires, lesquels ont beaucoup de difficultés pour des raisons d'ordre financier. Si donc un malade est admis dans un hôpital ou centre tertiaire, est-ce que ce nouvel article prévoit que son admission sera prise en charge s'il y a nécessité de recherche médicale, ou de recherche médicale clinique?

[Texte]

Of course it depends on how you want to define "research", because you might define research as being done for the purpose of maintaining health or for the purpose of preventing disease. I just want clarification by the Minister . . .

Madam Bégin: Are you saying that we admit people for research?

Mr. Halliday: Oh, sure. There are times when the nature of the problem being studied requires the person to be in hospital and that. Indirectly it is being done for maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating, but I just want to clarify that this is not going to provide an opportunity for some provincial government to say: well look, I am sorry, the kind of work you are doing on that patient is really research and it is not being done for the purpose of maintaining health and so on.

Madam Bégin: Mr. Chairman, through you to Dr. Halliday, this is an extraordinary statement for lay people. I suppose you may want to look into the record the way it comes out. I would submit that the act is written, in this paragraph, like any other, from the viewpoint of the patient, the consumer. If it is medically necessary for the consumer, well it is. Now, the consumer as a guinea pig is something else! Look into the way you have made your presentation because I think it is a bit misleading. This is written from the viewpoint of the patient; if the patient needs the treatment, he will get it.

Mr. Halliday: I take it then, Mr. Chairman, that the Minister does confirm that, if a person is required to be in hospital because of a problem that patient has, an illness that patient has, and in order to properly . . .

• 1105

Madam Bégin: Treat the person.

Mr. Halliday: —pursue it—it may be a type of treatment that is not generally known or acceptable.

Madam Bégin: Yes.

Mr. Halliday: That is the point I am making.

Madam Bégin: The person is covered.

Mr. Halliday: In one particular hospital it may be pursuing that line of treatment on an experimental basis, and I would hope that would be covered.

Madam Bégin: The person is insured. It is from the viewpoint of the patient. All that is needed medically for the patient is covered, of course.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Clause 2 allowed to stand.

On Clause 3—*Primary objective of Canadian health care policy*

The Chairman: Minister, the amendment has not been moved yet, but would you comment on your amendment, please?

[Traduction]

Evidemment tout dépend de la façon dont vous voulez définir le terme «recherche», laquelle peut être comprise à des fins de maintien de la santé ou de prévention de la maladie. J'aimerais quelques points d'éclaircissement du ministre . . .

Mme Bégin: Vous parlez de malades qui seraient hospitalisés pour des fins de recherche médicale?

M. Halliday: Oui. Il arrive que la question qui se pose au médecin exige l'hospitalisation du malade. Indirectement cette recherche vise le maintien de la santé, la prévention de la maladie, ou le diagnostic ou le traitement, mais je voudrais être sûr que cela ne donnera pas l'occasion à certains gouvernements des provinces de dire: nous sommes désolés, le travail que vous faites avec ce malade est véritablement de la recherche et ne répond pas à la définition du maintien de la santé, et cetera.

Mme Bégin: Monsieur le président, et docteur Halliday, voilà bien une déclaration étonnante pour le non-spécialiste. Vous pouvez d'ailleurs regarder ensuite le fascicule pour voir l'impression produite. Je dirai simplement que la loi est rédigée, à cet article, comme n'importe quelle autre loi, en tenant compte du point de vue du malade, de l'utilisateur. Si c'est médicalement nécessaire pour lui, eh bien ça l'est. Si maintenant on s'en sert comme d'un cochon d'Inde, c'est une autre question! Relisez le texte de votre question et vous verrez que cela prête à confusion. Ici la loi est rédigée du point de vue du patient, et s'il a besoin d'un traitement, il l'obtiendra.

M. Halliday: Je pense alors, monsieur le président, que le ministre nous confirme ici que si quelqu'un a besoin d'être hospitalisé en raison de la nature de son problème, de sa maladie, et pour pouvoir être correctement . . .

Mme Bégin: Pour que la personne soit traitée.

M. Halliday: Pour qu'on puisse la suivre, et il se pourrait que ce soit un traitement qui n'est pas encore généralement répandu ou accepté.

Mme Bégin: Oui.

M. Halliday: Voilà ce que je voulais dire.

Mme Bégin: Le malade est pris en charge.

M. Halliday: Dans certains hôpitaux, il pourrait se faire que ce type de traitement ait lieu à titre expérimental, et j'espère que le patient sera couvert.

Mme Bégin: Le patient est assuré. Tout est conçu ici du point de vue du malade. C'est-à-dire que tout ce qui est médicalement nécessaire est pris en charge par l'assurance, bien sûr.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

L'article 2 est réservé.

Passons à l'article 3—*Objectif premier de la politique canadienne de la santé.*

Le président: Madame le ministre, l'amendement n'a pas encore été proposé, pourriez-vous nous l'expliquer?

[Text]

Madam Bégin: Mr. Chairman, I would submit to members that Clause 3 of the Bill be amended. That is on page 5. We would like to strike out the (1), and then strike out subclause (2), keeping only the primary objective of Canadian health care policy.

La même concordance se ferait en français.

Entre parenthèses, le français de cet article ayant été très étrangement établi par rapport à l'autre texte, nous proposons de retrancher le paragraphe (2) et le (1) qui apparaît en haut, pour ne garder que l'objectif premier de la politique canadienne de la santé.

The Chairman: Thank you, Minister.

I have some comments before we proceed with discussing Clause 3. The Chair should express some reservations concerning the procedural admissibility of the proposed amendments to Clause 3. The relevant citations in Beauchesne's Fifth Edition concerning amendments affecting the principle of a Bill read as follows:

764.(1)

A committee is bound by the decision of the House, given on second reading, in favour of the principle of the bill, and should not, therefore, amend the bill in a manner destructive of this principle.

773.(5)

An amendment which is equivalent to a negative of the bill, or which would reverse the principle of the bill as agreed to at the second reading stage, is not admissible.

The Minister in her explanations the other day said that it was still covered by Clause 12; namely, the removal or the deletion of Clause 3(2)(a), (b) and (c) would still be covered by Clause 12.

• 1110

But if we go to the purpose of the Bill or, in fact, Mr. Chairman, if you would give me leave to look at the preamble of the Bill, although I know we have not yet discussed it, you will notice both by the citation of the Bill and in the preamble of the Bill that the words used there, and the intentions expressed in both those sections, are then summarized or reiterated especially in Clause 3(2). And simply from the point of view of what is important—what the Bill intends to do or purports to do—where on one hand in the preamble it gives in philosophical terms what the intention is of the policy of the department and the legislation, which I have no difficulty with, when you then get, though, to the purpose of the Bill, which is obviously to enhance the philosophy as expressed in the preamble, then suddenly we find that certain parts of the purpose are to be removed.

And while the committee could argue that the removal is not in conflict with the philosophy underlying, undergirding the Bill, the fact remains that part of the intention of the Bill is deleted in its purpose, though not in subsequent clauses. The subsequent clauses still will impose dollar fee penalties where user fees or extra-billing is allowed. That is what the other clauses do. But in the purpose of the Bill that is removed.

[Translation]

Mme Bégin: Monsieur le président, je propose aux membres du Comité que l'article 3 du projet de loi soit amendé. Il s'agit de la page 5. Nous aimerions supprimer le chiffre (1), et le paragraphe (2), pour ne conserver donc que l'objectif premier de la politique canadienne de la santé.

The same would happen for the French version.

I would like to add that the French version of this clause was very strangely written compared to the other text, and we would like to delete subclause (2) and the hyphen (1) which appears at the top, so that we keep only the primary objective of Canadian Health Care Policy.

Le président: Merci, madame le ministre.

Avant que nous ne passions à la discussion de l'article 3, j'ai quelques remarques à faire. Le président a quelques réserves à faire valoir à propos de la validité, du point de vue procédurier, des amendements proposés à l'article 3. En effet, on peut lire dans le *Beauchesne*, cinquième édition, à propos des amendements touchant au principe d'un projet de loi, ce qui suit:

764.(1)

La Chambre ayant consacré le principe du texte en le votant en deuxième lecture il est en conséquence interdit au Comité de le modifier de façon telle que ce principe ne soit plus respecté.

773.(5)

S'il équivaut à une simple négation du projet de loi ou est contraire au principe de celui-ci, tel que consacré par la deuxième lecture.

L'autre jour, dans ses explications, le ministre nous a dit que cela serait tout de même garanti par l'article 12, à savoir que la suppression des alinéas 3(2)a), b), et c), serait compensée par l'existence de l'article 12.

Mais, monsieur le président, si vous vous reportez à la raison d'être du projet de loi, et si vous me permettez aussi de reprendre le préambule, bien que nous n'en ayons pas encore discuté, vous remarquerez que les termes qui y sont utilisés et les intentions qui y sont exprimées sont ensuite résumées ou reprises notamment au paragraphe 3(2). Pour ce qui est important—c'est-à-dire du point de vue du principe et des objectifs poursuivis par ce projet de loi—le préambule en donne une expression idéologique générale, c'est-à-dire précise les objectifs de la politique du ministère, ce qui ne me pose aucun problème, mais lorsque l'on passe à l'énoncé de l'objectif du projet de loi, qui doit être d'élargir le principe exprimé dans le préambule, on trouve subitement qu'il faut en supprimer certains passages.

Le Comité pourrait certainement répondre que cela ne contredit pas le principe sous-jacent du projet de loi, il reste tout de même qu'une partie de l'objectif est alors absente de l'énoncé, mais qu'elle ne l'est pas des articles suivants. Les articles suivants imposeront bien des pénalités lorsque l'on tolérera les frais modérateurs ou la surfacturation. Voilà précisément ce que ces articles prévoient. Mais on veut le supprimer de l'objectif premier.

[Texte]

And so it puts the committee, I would suggest, Mr. Chairman, in a tremendous dilemma, because what the committee is being asked to do if it accepts the amendment . . . And Mr. Blaikie, if I recall his words the other day, said it did not cause him great trouble by removing it, because the intent of the Bill still remained; and that is true. But in terms of the drafting of the Bill, the admissibility of the amendment is quite another question, quite another question. And the questions that that raises is: One, what did the House vote on and direct the committee to fulfil in its amendments, because we cannot change the purpose that the House has passed in principle on second reading? And, secondly, it allows a committee to in fact change the purpose which the House has already expressed itself on.

And so it is not only in my mind poor draftsmanship in the extreme, it is, in fact, in my submission, Mr. Chairman, violating what the House has expressed itself on in principle on second reading. The principle of the Bill, frankly, is not Clause 3(1). Oh, yes, we all agree with it in the philosophy, and let me explain that. Clause 3(1), which is to remain, says this:

3.(1) It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada.

Agreed; no difficulty. And nobody in this room, I would suggest, has any difficulty with those words. But that the Minister, by her own words and admission, has said is not the purpose of the Bill.

Oh, yes, that that is the purpose of the Minister and the Department of Health, I have no difficulty with, but the reason the Bill is before us is not to do what Clause 3(1) says. The reason the bill is before us is to do what Clause 3(2) says; and what Clause 3(2) says is that in order to enhance and promote health we shall do what it says in Clause 3(2). That is what the Bill now says. If you remove Clause 3.(2) and its paragraphs, your philosophy is still in order, both in the preamble and as Clause 3.(1). But I submit to the department and the Chair that what flows from that, when you delete it, is not in the purpose any more.

You can argue philosophically that by removing user fees and extra-billing you still are promoting good health, etc., and I know that that is an argument that is going to be used around this table, but that is not the reason, colleagues, why this Bill is before us. If that was the purpose, to bring in health care practitioners, to bring in the whole question of aging, to bring in the whole question of chronic care, technological change, and anything else we want to put on that wish list, we would have a different Bill. Only then, in fact, could I call it the Canada Health Act—because I have some questions also about the title later on. Then we could call it, in truth, the Canada Health Act.

[Traduction]

Et je dirais que cela met le Comité dans une situation extrêmement embarrassante, monsieur le président, puisqu'on lui demande d'accepter un amendement . . . Et M. Blaikie, si je me souviens bien de ce qu'il a dit l'autre jour, a dit que cela ne gênait pas beaucoup de supprimer ces passages, puisque l'intention du projet de loi n'en était pas véritablement modifiée; et cela est vrai. Mais en ce qui concerne le libellé même, la question de la recevabilité de l'amendement est d'un tout autre ordre. Les questions que cela soulève sont: premièrement, qu'a voté la Chambre, et qu'impose-t-elle au Comité en matière d'amendements; et nous ne pouvons pas remanier l'objectif adopté par la Chambre en principe du projet de loi, en seconde lecture. Deuxièmement, cela permettrait au Comité de toucher au principe sur lequel la Chambre s'est déjà prononcé.

Donc, ça n'est pas simplement une question de rédaction extrêmement défectueuse, mais je dirais, monsieur le président, que cela consisterait à violer le principe sur lequel la Chambre s'est déjà prononcé en deuxième lecture. Le principe du projet de loi, très franchement, n'est pas contenu dans le paragraphe 3(1). Nous n'avons absolument rien contre le principe de ce paragraphe, laissez-moi vous expliquer la suite. Celui-ci, qui doit être conservé tel quel, prévoit notamment:

3.(1) La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada.

Avec cela on est d'accord, sans aucun problème. Et personne ici, je pense, n'a rien à objecter aux termes utilisés. Or, le ministre nous explique que ça n'est pas cela la raison d'être du projet de loi.

Que ce soit l'objectif du ministre et du ministère de la Santé, je peux l'accepter sans difficulté, mais la raison du projet de loi n'est pas dans le paragraphe 3(1). La raison pour laquelle ce projet de loi nous est soumis, est énoncée au paragraphe 3(2); et ce que ce paragraphe dit, c'est que pour améliorer, promouvoir la santé au Canada, il faudra se conformer aux dispositions 3(2). Voilà ce que prévoit le projet de loi à l'heure actuelle. En retirant le paragraphe 3.(2) et ses alinéas, le principe philosophique demeure tant dans le préambule que dans le paragraphe 3.(1). Je maintiens cependant, monsieur le président, que les conséquences de ce retrait ne sont plus conformes à la raison d'être du projet de loi.

On peut faire valoir dans un débat qu'en interdisant les frais modérateurs et la surfacturation, on continue de favoriser la bonne santé, etc; je sais que c'est un argument qui sera souvent invoqué ici mais, chers collègues, telle n'est pas la raison pour laquelle le projet de loi est à l'étude. Si l'objectif était d'assurer les services des professionnels de la santé, de tenir compte de la question du vieillissement, des soins chroniques, des changements technologiques, etc, nous aurions un projet de loi très différent. C'est d'ailleurs dans ce seul cas qu'on pourrait parler de la Loi canadienne sur la santé; en effet, j'ai quelques réserves quant au titre du projet de loi. Ce n'est que dans le cas

[Text]

The only reason why this Bill is before this committee, and was before the House, was expressed best by the Minister today, when she said that it was not her intention to expand, in any way, the status quo. All she wants to change is extra-billing and user fees, and not even change those. All she wants to do is use the federal spending power, if user fees and-or extra-billing are imposed—or allowed, maybe that is better said—in a given jurisdiction. The federal government, through its spending power, will take upon itself the legislative right, once this Bill is passed, to withhold certain sums of money. That is the purpose of the Bill. Mr. Chairman, I submit, you cannot accept that amendment if the purpose of the Bill is to use the spending power, rather than in broad, general, philosophical terms to promote health.

We are all here to promote health, but I do not think the Minister, her officials, or her colleagues in this room can say that that is the specific focus and intent of the Minister and her Bill. The specific focus and attention is to put in penalties for user fees and-or extra-billing as a practice. Mr. Chairman, I submit to you and to the committee that that amendment violates both what the House voted on in principle and, in fact, the very purpose of the Bill in front of us.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, first of all, I would like to correct the impression Mr. Epp has that I was not bothered by the suggestion that this be removed. I was bothered by it. What I was also bothered by was some of the language that you and your colleagues were using the other day about this—you know, that it destroys the essence of the Bill, and that sort of thing. I was worried by that kind of language as well.

I am bothered by the suggestion to move this. I wonder whether or not it is possible to get out of the situation that we seem to be in, which is that either we leave it in or we take it out, and ask whether or not there is not some middle ground whereby we could amend Clause 3.(2) to get over the anxiety of the government and of the Government of Quebec and any other provinces that were concerned about it, but have enough there to meet what I consider to be the point well made by Mr. Epp, particularly if we do not have something along the lines of Subclause 2.(c). Then there is a kind of lack of flow, if you will. The primary consequences of the Bill are not related to anything in particular in the Canadian health care policy, as is stated in the purpose of the Bill.

• 1120

So I was wondering if I could ask, for the purposes of trying to arrive at some kind of compromise on this, whether there were any words in particular, in either the English or the French text, which were particularly offensive, which sparked the anxiety in the first place, which could be changed. If I understand the issue correctly, I do not believe paragraph (c) was the particular problem; it had more to do with paragraph

[Translation]

auquel j'ai fait allusion qu'on pourrait vraiment parler d'une Loi canadienne sur la santé.

Si le Comité et la Chambre des communes sont saisis de ce projet de loi, c'est que, comme le disait la ministre aujourd'hui, elle n'a pas l'intention de changer le statu quo. Elle veut tout simplement changer les pratiques de surfacturation et de frais modérateurs. Elle veut se servir du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral dans les provinces qui imposent ou plutôt, qui permettent la surfacturation et les frais modérateurs. Grâce à son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral se réservera le droit législatif, lorsque le projet de loi sera adopté, de retenir certains paiements. Voilà la raison d'être du projet de loi. Monsieur le président, vous ne pouvez pas accepter l'amendement si la raison d'être du projet de loi est d'utiliser le pouvoir de dépenser plutôt que de favoriser en général la bonne santé.

Nous sommes ici pour favoriser la santé; cependant, je ne crois pas que la ministre et ses collaborateurs ou ses collègues dans la salle puissent dire que c'est là l'objectif visé par la ministre et son projet de loi. Il s'agit plutôt d'imposer des pénalités dans les cas où la surfacturation et les frais modérateurs sont appliqués. Monsieur le président, je maintiens devant vous et devant le Comité que cet amendement contredit le principe adopté en Chambre et la raison d'être du projet de loi à l'étude.

Le président: Merci, monsieur Epp.

Monsieur Blaikie, vous avez la parole.

M. Blaikie: Monsieur le président, tout d'abord, j'aimerais corriger l'impression donnée par M. Epp qui disait que le projet de retrait de ce paragraphe ne m'importe pas. Au contraire. Je n'aime pas non plus ce que vous et vos collègues avez dit l'autre jour à ce sujet, notamment qu'on dilue l'essence du projet de loi. Je n'aime pas vraiment ce genre de langage.

Ce projet de retrait m'inquiète. Je me demande s'il ne serait pas possible de nous tirer de l'impasse où nous semblons être, c'est-à-dire conserver ou retirer ce paragraphe, pour nous demander s'il n'y aurait pas moyen de s'entendre sur une modification du paragraphe 3.(2) afin d'apaiser les crises d'anxiété du gouvernement fédéral, du gouvernement du Québec et d'autres provinces; il me semble qu'il serait possible de s'entendre pour apaiser les craintes bien présentées de M. Epp surtout si l'alinéa 2.c) devait disparaître. Ainsi, il y aurait solution de continuité. Les conséquences premières du projet de loi n'ont rien à voir avec la politique canadienne de la santé, énoncée dans la raison d'être de ce projet de loi.

Donc, j'aimerais savoir, pour voir s'il n'est pas possible d'en arriver à un certain compromis, si certains mots, dans la version anglaise ou française, peuvent avoir déclenché les crises d'anxiété et s'il n'y aurait pas moyen de changer ces mots. Si je comprends bien le problème, ce n'est pas l'alinéa c) qui pose un problème; c'est plutôt l'alinéa a). Dans la version anglaise, on peut s'opposer au mot «administered» qui ne semble pas se

[Texte]

(a). In the English, it may have to do with the use of the word "administered", which does not seem to be in the French text. It is the provinces which administer health care, and perhaps there is some way we could amend both the English and the French to get over some of these anxieties. I am asking for some advice here from the Minister as to whether she would consider that and also from other members of the committee as to whether or not they have any ideas in this regard.

The Chairman: I have a number of people on my list, Mr. Blaikie. I am sure the questions will be responded to as we go along.

Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

I listened with a lot of attention to Mr. Epp's demonstration. I do not know whether or not he is a lawyer, but it would be interesting to see him in a court of law. He is making an interesting case.

First, before entering into the strict procedural aspect of the problem we have to face now, I would just like to say the question asked by Mr. Blaikie, of course, is relevant to what we are discussing now. But it is kind of complementary, because whatever compromise, for lack of a better word, we can get at does not resolve the procedural argument as such which has been made by Mr. Epp. Even if we were to retain paragraph (c), for instance, the substance of the argument made by Mr. Epp would still have to be addressed, and that is what I intend to do right now.

Mr. Epp referred to the purpose of the Bill as it relates to the promotion of the objectives of the Bill, and to make his point, he also referred to the preamble. He is right; those three elements of the Bill must be addressed together if one wants to interpret exactly what this Bill wants to achieve.

First of all, I do not think one should try to make Clause 3 do what it should not do. The purpose of the Bill is spelled out in Clause 4, and of course, we are not yet discussing Clause 4 and we do not yet have the amendment which has been proposed by the Minister. But for the purpose of demonstration, I think we should look at the problem in total.

The purpose of the Bill, in Clause 4, is for the promotion of the objectives of the Canadian health policy, to establish conditions for money to be disbursed to the provinces. That is spelling out in concrete words the form the spending power is taking in this case. The federal government is using its spending power to establish conditions for the disbursement of funds for the promotion of Canadian health care, and of course, because of the use of words it refers to Clause 3. But that does not change the purpose. The purpose is to establish criteria for the disbursement of funds.

Now, the problem is for the interpretation of the words as they stand now in Clause 4; that is, "to advance the objectives of Canadian health care policy". This brings us back to Clause 3. Before doing that, there is a disclaimer in the clause as it stands now, in the *Purpose of this Act*, which says:

[Traduction]

retrouver dans la version française. Il revient aux provinces d'administrer les régimes de soins de santé et il serait peut-être possible de modifier à la fois la version anglaise et la version française pour apaiser ces crises d'anxiété. J'aimerais savoir si la ministre serait prête à envisager ce genre d'amendement et je consulte également les autres membres du Comité pour savoir ce qu'ils en pensent.

Le président: J'ai le nom d'un certain nombre de personnes sur ma liste, monsieur Blaikie. Je suis sûr qu'on répondra à vos questions pendant la séance.

Monsieur Lachance, vous avez la parole.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

J'ai écouté attentivement M. Epp. Je ne sais pas s'il est avocat mais il serait intéressant de l'entendre au prétoire. Il défend bien sa cause.

Premièrement, avant d'en venir aux aspects de procédure, j'aimerais répondre à la question de M. Blaikie qui, bien sûr, est pertinente à notre discussion. Elle est cependant accessoire car, quel que soit le compromis réalisé, nous ne pourrions quand même pas résoudre la discussion de procédure entamée par M. Epp. Par exemple, quand bien même on conserverait l'alinéa c), les objections de M. Epp tiendraient encore; je vais maintenant répondre à ces objections.

M. Epp a fait allusion à la raison d'être du projet de loi, savoir de favoriser la santé au Canada; aux fins de sa démonstration, il a également fait allusion au préambule. Il a raison; et ces trois éléments du projet de loi sont indissociables dans l'interprétation des objectifs du projet de loi.

Premièrement, il ne faut pas essayer de donner à l'article 3 plus qu'il ne contient. La raison d'être du projet de loi est énoncée à l'article 4, mais nous n'y sommes pas encore, nous n'avons pas encore reçu le projet d'amendement ministériel. Cependant, aux fins de la discussion, il faut prendre le problème dans son ensemble.

L'article 4, la raison d'être du projet de loi, vise à la promotion des objectifs de la politique canadienne de la santé et permet l'établissement de critères de versements financiers aux provinces. Cet article énonce clairement le type de pouvoir de dépenser. Le gouvernement fédéral utilise son pouvoir de dépenser pour déterminer des critères régissant les paiements en matière de soins de santé au Canada; cet article fait bien sûr référence à l'article 3. Mais cela n'en change pas la raison d'être. La raison d'être du projet de loi, c'est d'établir des critères pour les versements financiers.

L'interprétation du libellé actuel peut poser des problèmes; on y lit «de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé». Cela nous ramène à l'article 3. Il y a cependant la renonciation qui se trouve dans cet article, dans la raison d'être du projet de loi, où on lit:

[Text]

• 1125

... recognizing the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services ...

This is a way to say, and it may be a bad way—this is why maybe it will be amended or there is a proposal for amending it—that in no way that promotion shall be done by invading the primary field of responsibility which is provincial. The disclaimer is there in the *Purpose of this Act*. So in interpreting the words “advance the objectives of Canadian health care policy,” one also has to take the disclaimer that is there.

Now we go back to Clause 3. Clause 3 spells out in words what the federal government sees as a Canadian health care policy. We all agree that Subclause (1), which is to be retained whatever happens, does not create a problem.

Now we go on to Clause 3.(2), which spells out *objectifs complémentaires*, they say in French. You do not have the same words in English, and we already see the kind of difficulty we have with those two wordings, the one in French and the one in English. By the way, I said at the outset that one of the biggest problems with the two versions is that do not say the same thing.

This being said, because true, we could always clean up the French text, but that goes into the argument in terms of the compromise; it does not go into the procedural argument. Those objectives, or sub-objectives, in Clause 3.(2) are of three sorts. First, Clause 2.(2)(a),

(a) to encourage effective allocation of the nation's health resources;

If one looks at the intent, as spelled out by the minister, there is no doubt, there is no doubt as far as the intent is concerned, that the minister does not want to invade the provincial field of responsibility. But, this being said, it could also be interpreted, and some have, for instance Newfoundland, that through that paragraph, either the federal government or groups outside the federal government could use those words in this federal act to direct provinces to do things to encourage effective allocation, things that are clearly outside the constitutional jurisdiction of the federal government, which is recognized in Clause 4 in *Purpose of this Act*, where there is a disclaimer.

The same thing applies in paragraph (b).

(b) to facilitate the provision of adequate health services throughout Canada; and

Again, the intent, as expressed by the minister, is not to invade. But some provinces, Newfoundland in particular, and Quebec, of course, have also said that either the federal government or groups outside could use those words in this federal act, to change or to direct provincial responsibilities in the delivery of health care services. I go back again to the disclaimer in Clause 4. The purpose of the act says that nothing in this proposed act shall be construed as changing anything to the primary responsibility

That then brings us to Clause 3.(2)(c). I grant that of paragraph (c) it could be said that it flows from subclause (1)

[Translation]

... compte tenu de la compétence première des provinces en ce qui concerne la prestation des services de santé, ...

C'est une façon comme une autre de dire—et il y aura peut-être lieu d'amender ce libellé—que la promotion de ces services de santé ne se fera jamais par un empiètement sur les domaines de compétence première des provinces. La renonciation se trouve à la raison d'être du projet de loi; donc en interprétant les mots «favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé», il faut tenir compte de cette renonciation.

Revenons-en maintenant à l'article 3 qui énonce la politique canadienne de la santé. Nous convenons tous que le paragraphe (1) ne pose aucun problème et doit être conservé.

Passons maintenant au paragraphe 3.(2) qui énonce les objectifs complémentaires de la politique. Déjà, en anglais, on ne retrouve pas les mêmes mots et des problèmes de libellé sont déjà évidents. Soit dit en passant, j'avais dit dès le début qu'un des plus grands problèmes de ce projet de loi, c'est que les deux versions ne disent pas la même chose.

Cela étant dit, nous pourrions toujours reprendre la version française, mais cet argument va dans le sens du compromis et ne règle pas le problème de procédure. Ces objectifs, ou plutôt ces objectifs complémentaires du paragraphe 3.(2) sont triples. Premièrement, l'alinéa 3.(2)(a)

a) de rationaliser l'affectation des ressources du pays en matière de santé;

Si nous nous reportons à l'intention énoncée par la ministre, il ne fait pas de doute que la ministre ne veut pas s'ingérer dans un domaine de compétence provinciale. Mais, cela étant dit, d'aucuns, par exemple Terre-Neuve, pourraient faire valoir que grâce à cet alinéa, le gouvernement fédéral ou des regroupements autres pourraient invoquer cet alinéa de la loi fédérale pour forcer les provinces à rationaliser l'affectation des ressources, ce qui ne relève certainement pas de la compétence du gouvernement fédéral comme on le sait très bien, grâce à la renonciation de l'article 4.

Le même raisonnement vaut pour l'alinéa b).

b) de faciliter la prestation de services de santé convenables à l'échelle du pays;

Encore une fois, la ministre a dit qu'elle n'entendait pas s'ingérer. Mais certaines provinces, notamment Terre-Neuve et bien sûr le Québec, ont fait valoir que le gouvernement fédéral ou d'autres regroupements pourraient invoquer ce libellé de la loi pour modifier ou réorienter les responsabilités provinciales dans la prestation des services de santé. Je reviens encore à la renonciation contenue à l'article 4. La raison d'être du projet de loi prévoit qu'aucune disposition de la loi ne doit être interprétée comme changeant les domaines de compétence.

Nous voici maintenant rendus à l'alinéa 3.(2)(c). On pourrait dire que cet alinéa c) découle du paragraphe (1) et ne contre-

[Texte]

and is not in contradiction with the purpose of the act spelled out in Clause 4. This is where, eventually, we will discuss the exact nature of the amendment that could be proposed.

All this is to say that when one interprets the purpose of the proposed act, and this is what cannot be changed, and I agree, in committee, one has to interpret it in view of the objectives, as spelled out in Clause 3, and those objectives have to conform with the purpose of the act. If they are not, either the words are redundant or those words do not coalesce with what the proposed act actually does. And what happens when you have a contradiction of words? You have to interpret those words and you have to interpret those sections. I refer my colleagues to the Interpretation Act of Canada. When there is a problem of interpretation, one has to go to the intent of the Act. That is the common practice. One has to look at an Act in total to see what the Act intends to do. And what does the Act intend to do? We all know what it intends to do, there is no disagreement in that. It establishes criteria for the disbursements of money. That is the intent of the Act.

• 1130

If those words then do not fit with the intent of the Act, those words that are questionable if you want, then those words cannot be part of the purpose of the Act as such. And those words can either be amended or deleted without changing the nature of the Act.

This is why, Mr. Chairman, I submit to you that, from a procedural point of view, the deletion of subclause (2), certainly for paragraphs (a) and (b), and possibly for (c)—we shall see on that—clearly does not change in any way, shape or form the purpose of the Act, and not only the purpose of the Act. The purpose of the Act refers to the objectives of the Act and the words that are used in some of those complementary objectives could be interpreted as being against the purpose of the Act, as it is spelled out in Clause 3, since there is a disclaimer, and the fact that the federal government does not want to invade interprovincial fields of responsibility.

Now, I go back to the preamble to finish my argument. If one looks at all the elements of the preamble one can see that there is nothing in the preamble whatsoever—we know that the preamble cannot be used to interpret the Act in a court of law but it can be helpful in looking at what the Act intends to do. There is nothing in the preamble whatsoever that supports the contention that subclause(2)(a) and (b) are an intrinsic part of the purpose of this Act; nothing whatsoever. I refer my colleague to it and I could go on with my argument further.

If they look at the preamble, the preamble only supports the contention that the intent of this Bill is to actually facilitate reasonable access to health. So if one reads the clauses themselves, Clauses 3 and 4 in relation to each other, and the Bill in total, there is nothing whatsoever, Mr. Chairman, that can lead you to believe that by deleting subclause (2)(a) and (b), it would change the purpose of the Act. The Beauchesne citation does not apply in this case.

Now, that is on the procedural argument. Then of course we could go into the substantial argument, which is another question. Thank you, Mr. Chairman.

[Traduction]

dit pas la raison d'être du projet de loi énoncé à l'article 4. Voilà où nous pourrions débattre la nature exacte du projet d'amendement.

Tout cela revient à dire que dans l'interprétation de la raison d'être du projet de loi et c'est là qu'on ne peut rien changer, j'en conviens, en comité, il faut interpréter tout cela à la lumière des objectifs énoncés à l'article 3 et ces objectifs doivent être conformes à la raison d'être de la loi. Dans le cas contraire, l'article est inutile ou alors il ne va pas renforcer le but visé par le projet de loi. Qu'arrive-t-il lorsqu'il y a contradiction? Il faut interpréter le libellé et les articles. J'invite mes collègues à se reporter à la Loi d'interprétation du Canada. Lorsqu'il y a un problème d'interprétation, il faut se reporter à l'intention donnée à la loi. C'est courant; il faut prendre la loi dans son ensemble et voir quels sont les objectifs. Que voulons-nous faire de ce projet de loi? Nous savons tous quels sont les objectifs, nous en convenons. Ce projet de loi détermine des conditions touchant le versement de l'argent. Voilà l'intention du projet de loi.

Si le libellé ne correspond pas à l'intention de la loi, le libellé, dans ce cas, ne peut pas être intégré à la raison d'être du projet de loi. Dans ce cas, on peut changer ou retirer complètement les mots sans dénaturer la loi.

C'est pourquoi, monsieur le président, d'un point de vue de procédure, le retrait du paragraphe (2), à tout le moins pour les alinéas (a) et (b) et peut-être aussi pour l'alinéa (c)—nous verrons—ne change en rien la raison d'être du projet de loi. À l'article 4, on fait allusion aux objectifs du projet de loi et le libellé des objectifs complémentaires pourrait être interprété comme étant contraire à la raison d'être du projet de loi tel qu'énoncé à l'article 3, étant donné qu'il y a cette renonciation et qu'on sait très bien que le gouvernement fédéral ne veut pas s'ingérer dans les domaines de compétence des provinces.

En conclusion, je reviens au préambule. En étudiant les éléments de ce préambule, on peut constater que rien n'y figure pour appuyer l'argument voulant que les alinéas (2) a) et b) sont des parties essentielles de la raison d'être du projet de loi; nous savons que le préambule ne peut pas être utilisé dans l'interprétation de la loi en justice mais qu'il peut aider à déterminer l'objectif du projet de loi. J'invite mon collègue à relire le préambule. Je pourrai poursuivre mon argument plus tard.

En se reportant au préambule, on constatera que l'intention de la ministre en présentant ce projet de loi est en définitive de faciliter un accès raisonnable aux services de santé. Donc, en relisant chaque article, les articles 3 et 4 et tous les autres, on constate que rien, monsieur le président, ne peut vous amener à croire qu'en retirant les alinéas (2) a) et b), on changera la raison d'être du projet de loi. La citation du Beauchesne n'est pas pertinente en l'occurrence.

Voilà pour l'argument de procédure. Bien sûr, nous pourrions nous lancer dans un débat de fond, mais c'est différent. Merci, monsieur le président.

[Text]

Mr. Blaikie: On a point of order, Mr. Chairman. I know you asked for the guidance of the committee and it was thought at that time that we should discuss the procedural argument first. But at this point it seems to me that if there is some kind of compromise that we can come to . . . We do not even have to reach a decision on the admissibility of the government's amendment if we could arrive at another amendment that people did not mind being admitted.

So I am starting to wonder whether or not we are doing things in the wrong order. If we could arrive at a compromise, we would not have to have this argument about the admissibility of the government.

The Chairman: On the same point of order, Mr. Lachance.

Mr. Lachance: With respect, I was responding to an argument that was on (a), (b) and (c). If the argument had only been on (c), then of course I might not have gone on at length as I did. But since it is on (a), (b) and (c), and since (a) and (b), at least, are those elements that are in contention, if you want, (c) being a special case, I had to make those arguments that I made. And that is the reason why I want to . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, I think I should hear some other discussion on the general procedural argument. We can see where we go from there.

Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to address my remarks to what seems to be possible concern by the Chair on the change in principle or purpose or objectives with respect to this Bill. I feel that any concern that the principle of this Bill has been changed is completely unfounded. I say that particularly as a lawyer, because as a lawyer, and I do not want to seem crass, I do not think the body of an Act is the place for every motherhood cliché that can be mustered.

• 1135

I think . . .

Mr. Blaikie: [*inaudible—the editor*].

Mr. MacLellan: That may very well be; that may very well be.

The situation is that we have a preamble. The preamble states what it is that would want to be stated in Clause 3(2). Now, the body of an Act is mainly for law, whether the law be sanctions or whatever.

Also, if we look at this situation and we say that as a committee we are here to determine what it is, what form a Bill should take, then we have to look as well at the fact that what we are considering are the very words and terms that that particular legislation should take, and we are looking at what was recommended initially, not in changing the legislation that has been passed by law.

Now, if we leave out Subclause (2), can we honestly say that that is a change in the purpose, or objectives or principles of

[Translation]

M. Blaikie: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Vous avez demandé l'avis du Comité et on a pensé qu'il faudrait d'abord discuter de la procédure. Cependant, à l'heure actuelle, il me semble que si nous pouvions en venir à un certain compromis . . . Il n'est même pas nécessaire d'en arriver à une décision sur la recevabilité de l'amendement gouvernemental si nous pouvions nous entendre sur un autre amendement.

Je commence à croire que nous prenons les problèmes par la fin. Si nous pouvions en venir à un compromis, nous n'aurions pas à argumenter sur la recevabilité de l'amendement gouvernemental.

Le président: Monsieur Lachance, le même rappel au Règlement.

M. Lachance: Sauf votre respect, je répondais à l'argument invoqué pour les alinéas a), b) et c). Si l'argument n'avait porté que sur l'alinéa c), bien sûr, je n'aurais pas discoursé aussi longtemps que je l'ai fait. Mais étant donné que nous discutons des alinéas a), b) et c), que ces deux premiers alinéas sont ceux qui posent un problème, et que l'alinéa c) est spécial, j'ai dû présenter mes arguments. C'est pourquoi je veux . . .

Le président: Monsieur Blaikie, je préférerais entendre encore d'autres arguments sur la question de procédure. Nous verrons ensuite ce que nous pouvons faire.

Monsieur MacLellan, vous avez la parole.

M. MacLellan: Merci, monsieur le président.

J'aimerais traiter de ce qui semble préoccuper le président quant à la modification du principe, de la raison d'être ou des objectifs du projet de loi. À mon sens, on ne peut certainement pas prétendre que le principe du projet de loi a été modifié. C'est en ma qualité d'avocat que je vous dis, sans vouloir être grossier, que le texte d'une loi n'est pas l'endroit approprié pour mettre tous les clichés que l'on peut trouver.

Je crois . . .

M. Blaikie: [*Inaudible—éditeur*]

M. MacLellan: Cela se peut fort bien.

Eh bien, nous avons un préambule. Là-dedans, on y précise ce que l'on voudrait préciser au paragraphe 3(2). Or, le texte d'une loi en constitue le dispositif, qu'il soit pénal ou autre.

De plus, si nous nous décidons, à titre de comité, que notre raison d'être est de déterminer quelle forme le projet de loi doit avoir, il faut également tenir compte de la formulation, de la terminologie qui devraient figurer dans la loi en question. Nous sommes en train d'étudier les propositions initiales et non pas la modification de la loi comme telle.

Or, en mettant de côté le paragraphe (2), pourrions-nous déclarer avec franchise qu'il s'agit d'une modification du but,

[Texte]

the Bill. Now to do that, you have to assume that by leaving it out the contrary is going to be assumed; and I cannot possibly see in any respect how the contrary could be presumed, particularly in light of what is stated in the preamble.

Addressing the remarks of Mr. Epp in what did the House vote on, and are we allowing the committee to change the purpose, I say, categorically, no, that what the House voted on is exactly what we are doing right now, regardless of whether Clause 3.(2) exists in the Bill or not.

The Chairman: Thank you. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want just to follow up and present another slant on the argument that Mr. Epp has presented regarding the admissibility of this.

Let me say this first of all. I, for the last 10 years, had the pleasure of listening to Mr. Lachance on more than one committee and I have always enjoyed his arguments, because he is very clear and precise and speaks slowly enough that we can follow him. I have always thoroughly enjoyed the opportunity of being on the other side to listen to his arguments.

He made the . . .

Mr. Epp: Having said that, what you really want to say is . . .

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: He made the argument, and he passed over it very lightly, and this is where I think he was a little bit weak in the rationality of his argument, he said, if I remember it correctly, that the purpose of the Bill is to establish criteria. Well, unfortunately, that was not what was said in the Bill that was before the House of Commons, because the Bill that was before the House of Commons at second reading says, and it is on page 5, line 23, in its simplest terms, Mr. Chairman, that the purpose of the Act is to advance the objectives of Canadian health care policy; period. That is the purpose.

Now it goes on to delineate and to narrow and to say how it will be done, and the disclaimer to that . . .

Mr. Lachance: Period, comma; it is a comma.

Mr. Halliday: I know it is a comma in here, because what follows is the disclaimer and the limiting factor and how this will be achieved. But nonetheless, Mr. Chairman, the purpose is, as it says, to advance the objectives of the Canadian health care policy.

Now I would submit that if one reflects on what was said in the House of Commons and what has been said by virtually the majority of the witnesses who came here, they were addressing themselves to that purpose. They were addressing themselves to the objectives of the Canadian health care policy which the Minister has told us now is really one that she feels cannot be included in this Bill because it is going to embarrass the provinces and put pressure on them.

But the point, Mr. Chairman, is that we as a House of Commons had to address the purpose of the Bill, and the purpose of that Bill was indeed to advance the objectives of the Canadian health care policy. And if we do not recognize that as a point of where we must feel that is unacceptable procedu-

[Traduction]

des objectifs ou des principes du projet de loi? Pour ce faire, il faudrait supposer que l'on va présumer le contraire. Je trouve impossible d'envisager cette éventualité, étant donné surtout les dispositions du préambule.

Pour adresser mes remarques à M. Epp qui parlait du fond de la motion votée à la Chambre et la possibilité de changer l'objectif du projet de loi, je répondrais par un non catégorique et je lui dirais que la Chambre a voté sur cette question précisément que le paragraphe 3(2) existe ou non.

Le président: Merci. Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je voudrais faire suite au préopinant et présenter un autre aspect de l'argument sur l'admissibilité déjà exposé par M. Epp.

Permettez-moi tout d'abord de dire que depuis 10 ans, j'ai le plaisir d'écouter M. Lachance dans plusieurs comités. Ses arguments m'ont toujours plu car ils sont clairs et précis et parce qu'il parle assez lentement pour que nous puissions le suivre. J'ai toujours éprouvé un plaisir énorme à écouter ses arguments depuis l'autre côté.

Il a . . .

M. Epp: Cela dit, ce que vous vouliez dire vraiment était . . .

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Il a soutenu que l'objectif du projet de loi est d'établir des critères. C'est là que je trouve son raisonnement un peu faible. Car le projet de loi soumis en deuxième lecture à la Chambre des communes déclare clairement et simplement à la ligne 20 à la page 5, monsieur le président, que la Loi a pour raison d'être de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé. Point. Voilà sa raison d'être.

Plus loin, on délimite et on précise les moyens d'atteindre cet objectif ainsi que la renonciation . . .

M. Lachance: C'est une virgule.

M. Halliday: Je sais qu'il y a une virgule car le désaveu et la délimitation des conditions suivent. Quoi qu'il en soit, monsieur le président, la raison d'être est de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé.

Or, si l'on réfléchit sur ce qui a été dit à la Chambre des communes et sur les propos tenus par la majorité des témoins, on se rendra compte que tous se fondaient sur cette raison d'être. Les remarques des témoins portaient sur les objectifs de la politique canadienne de la santé, politique qui ne peut être maintenue, selon le ministre, car elle risque de gêner les provinces et de leur faire subir des pressions.

Toutefois, monsieur le président, il reste qu'à la Chambre des communes, le débat portait sur la raison d'être du projet de loi, à savoir de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé. Si l'on n'admet pas que cette modification est inadmissible, j'espère que le président nous accor-

[Text]

rally, I would hope there would be an opportunity—I am asking the Chair this—for the House at report stage. I presume there would be an opportunity for the House at report stage or second reading to challenge this as being unacceptable procedurally.

• 1140

The Chairman: I understand that is always the situation.

Mr. Halliday: It always is. So Mr. Chairman, if there is no question that the purpose is as it says here, there is no way one can change the purpose to establishing criteria. That is the mechanism, the Bill says, by which we will, in this particular Bill, follow through on the purpose. But the Bill does not say the purpose is to establish criteria. That is the mechanism by which the purpose will be established.

The Chairman: Thank you.

Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

Je pense qu'on a utilisé tous les arguments valables pour établir l'admissibilité ou la non-admissibilité de l'amendement qui est proposé.

A mon sens, le ministre a été très claire dans l'exposé qu'elle a fait sur les objectifs de ce projet de loi qui veulent essentiellement assurer l'accessibilité, l'universalité et la gratuité des services, en respectant la responsabilité des provinces, comme le ministre l'a dit à maintes reprises.

L'amendement qui sera éventuellement proposé a pour but d'assurer exactement l'objectif essentiel et unique de ce projet de loi. J'estime que le paragraphe (2) de l'article 3 modifiait l'objectif premier du projet de loi et j'irais même jusqu'à dire, monsieur le président, que les alinéas *a*) et *b*) de ce paragraphe étaient anticonstitutionnels parce qu'ils dépassaient non seulement les objectifs du projet de loi, mais également notre compétence fédérale.

Je reprends les arguments de l'excellent député d'en face, M. Epp, voulant que l'amendement que nous proposons change le projet de loi alors que, au contraire, il assure le respect et l'intégrité des objectifs qui avaient été proposés par le ministre. Le texte étant ambigu et pouvant porter à conflit, il faut absolument enlever ces deux alinéas, tout au moins pour assurer justement que ce que la Chambre a adopté comme principe du projet de loi soit respecté, alors que ces alinéas viennent en conflit avec cet objectif.

Monsieur le président, M. Blaikie a peut-être soumis une proposition intéressante qui, à mon sens, pourrait être acceptable. Je pense que l'alinéa *c*) pourrait facilement être ajouté à 3.(1), comme il suit:

c) de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle indu d'ordre financier ou autre.

C'est le but du projet de loi. Il ne s'agit pas de s'immiscer dans le champ de compétence des provinces, mais de faciliter l'accès dans le cadre des juridictions.

[Translation]

dera l'occasion d'en parler lors de l'étape du rapport. Je présume que nous aurons l'occasion d'en parler lors de l'étape du rapport ou lors de la deuxième lecture afin de remettre en question cette procédure inadmissible.

Le président: Je crois savoir que c'est permis, normalement.

M. Halliday: Toujours. Ainsi, monsieur le président, s'il est indubitable que la raison d'être n'est plus ce qu'elle était, on ne pourrait modifier la formulation de la raison d'être pour tenir compte de l'établissement des critères. Il est prévu dans le bill que l'établissement des conditions constitue le mécanisme qui nous permettra de respecter la raison d'être du projet de loi. Toutefois, on n'y précise pas que la raison d'être est d'établir des conditions. C'est uniquement le mécanisme par lequel la raison d'être sera respectée.

Le président: Merci.

Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

I think every valid argument has been used to establish the eligibility or ineligibility of the proposed amendment.

Mr. Chairman, to my mind, the minister is very clear in her statement of the objectives of the bill which are, basically, to ensure accessible, universal and free services while respecting provincial jurisdiction. The minister has said this on many occasions.

The proposed amendment is designed to ensure that this essential and unique objective is met. I feel that subclause (2) of Clause 3 changed the initial objective of the bill and I would even go so far as to say, Mr. Chairman, that paragraph *(a)* and *(b)* in this clause were anticonstitutional because they not only beyond the objectives of the bill, but beyond federal jurisdiction as well.

To come back to the argument presented by the excellent member on the other side, Mr. Epp, I would say that the amendment we are proposing does not change the bill, but rather, ensures the respect and integrity of the objectives set by the minister. The text was ambiguous and could have led to conflict so both those paragraphs have to be removed, at least to ensure that the purpose of the bill as adopted in the House of Commons will be respected. These two paragraphs are totally at odds with this purpose.

Mr. Chairman, Mr. Blaikie's suggestion is interesting and might even be acceptable, in my opinion. I think that paragraph *(c)* could easily be added to subclause 3(1), as follows:

c) to facilitate reasonable access to health services without undue financial or other barriers.

That is the purpose of this bill. It is not to interfere in provincial jurisdictions, but rather to facilitate access to health care services within those jurisdictions.

[Texte]

A mon sens, monsieur le président, l'amendement que nous débattons et qui n'est pas proposé officiellement me semble tout à fait acceptable. En fait, il doit être accepté et je me verrais dans une situation extrêmement difficile, et peut-être politique—je ne voudrais pas qu'on aborde le domaine politique parce qu'on l'a laissé en dehors des discussions depuis le début—mais je me verrais facilement obligé d'utiliser l'argument politique après avoir entendu M. Johnson qui est venu dire ici que c'était une intrusion, afin de pouvoir appuyer les alinéas a) et b) du paragraphe 2. Je le dis en toute honnêteté, car je ne voudrais pas être obligé de le faire parce que le consensus semble régner parmi les membres du Comité.

A mon sens, monsieur le président, l'amendement est non seulement acceptable, mais il doit être accepté si on veut conserver notre compétence et ne pas nous immiscer dans le champ de compétence provinciale.

• 1145

Quant à l'alinéa c), il peut facilement être ajouté au paragraphe (1) de l'article 3. Ainsi, nous respecterons entièrement notre compétence.

The Chairman: I do not want to limit the debate on the procedure in any way, but we have had a fair amount of discussion. I would ask the other people on my list perhaps to make their comments as briefly as possible because there are some other suggestions on the table besides a procedural one as to where we might go from there.

Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. I am not a lawyer and I am having difficulty understanding the arguments here, as a member of the committee. It seems to me that Mr. Epp's argument and Dr. Halliday's argument are both based on consequences that are evoking from Clause 3 in summation with Clause 4. But my understanding is that we are dealing just with Clause 3.

The Chairman: Dr. Lang, they are related, so we have allowed some argument referring to them both; but we just are on Clause 3 technically.

Mr. Lang: It seems to me then that we could deal with Clause 3 without dealing with consequences that evoke from summation of both when we come to deal with the Bill as a whole.

Second, I understood from your advice to the committee that in order for the amendment to be out of order it must result in a negation of the principles or purpose of the Bill. I think clearly the proposed amendment is not going to negate the purpose of the Bill, which is to advance the objectives of Canadian health care policy, or not to recognize the primary responsibilities of the Provinces, or not to establish criteria and conditions that must be met. Clearly, it does not negate what is listed in the purpose of the Bill under Clause 4 or it does not negate Clauses 3.(2)(a), 3.(2)(b) or 3.(2)(c).

The Chairman: Mr. Blaikie, further comments?

[Traduction]

As far as I am concerned, Mr. Chairman, the amendment under consideration, which has not yet been officially proposed, is quite acceptable. In fact, it should be carried. I could find myself in an extremely delicate situation politically, and I do not want to get into that because politics has been left out of the discussion all along, but I could easily be forced to use a political argument. I say this having heard Mr. Johnson who came to complain about interference in provincial jurisdiction in order to support paragraphs (a) and (b) of Section 2. I say this in all honesty because I would not want to be forced to do so, because there was a consensus among the members of the committee.

Mr. Chairman, in my opinion, the amendment is not only acceptable, but it should be carried if we want to retain our area of responsibility and to respect provincial jurisdiction.

As for paragraph (c), it can easily be added to Clause 3.(1). This would be entirely in keeping with our jurisdiction.

Le président: Je ne voudrais pas limiter le débat sur la procédure de quelque façon que ce soit, mais nous en avons déjà assez longuement discuté. Je demanderais aux autres qui suivront de faire leurs commentaires aussi brièvement que possible, parce qu'il y a d'autres questions qu'on pourrait peut-être aborder outre celles de la procédure.

Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président. Je ne suis pas avocat, et comme simple membre du Comité, j'ai du mal à comprendre les arguments qui sont présentés. J'ai l'impression que les arguments de MM. Epp et Halliday portent sur les conséquences qui découlent de l'article 3 va à la lumière de l'article 4. Mais je pensais que la discussion portait uniquement sur l'article 3.

Le président: Monsieur Lang, ces articles sont connexes, et c'est pourquoi nous avons permis de discuter des deux à la fois; mais techniquement, nous en sommes à l'article 3.

M. Lang: Je pense que nous pourrions étudier l'article 3 sans discuter des conséquences qui découlent de la confrontation de ces deux articles, ce qu'on pourrait faire au moment de l'étude du projet de loi dans son ensemble.

Deuxièmement, si j'ai bien compris le message que vous avez transmis au Comité, pour qu'un amendement soit jugé irrecevable, il doit être contraire au principe ou au but du projet de loi. Je pense que l'amendement proposé ne va pas à l'encontre du but du projet de loi qui est de promouvoir les objectifs de la politique canadienne de la santé, et non de reconnaître les responsabilités premières des provinces ou d'établir des critères et conditions à respecter. L'amendement est loin de porter atteinte à l'article 4 qui énonce la raison d'être du projet de loi, ni aux alinéas 3.(2)a), 3.(2)b) ou 3.(2)c).

Le président: Monsieur Blaikie, d'autres commentaires?

[Text]

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I still think we should get down to the business of forging a compromise so we do not go on endlessly about the procedural admissibility of the government's amendment. It seems to me that what needs to be retained in order to meet the concern of members of the committee who have expressed concern about what was initially suggested by the government, is 3.(2)(c). So what we have to ask ourselves is whether or not (2)(c) can be added somehow to Clause 3.(1) or whether Clause 3.(2) itself can be substantially reduced, but leaving (c) in there, either as an extension of the first sentence of Clause 3.(2), or whatever. I think perhaps at this point we need to know from the Minister whether or not she is prepared to accept something in between and what she would regard as acceptable in that regard, so maybe we can get over this.

Mr. MacLellan: On a point of order, Mr. Chairman. I appreciate the perception . . .

The Chairman: Mr. MacLellan, I was going to recognize you next. Perhaps you could just discuss it in your comments.

Mr. MacLellan: Yes. I appreciate what Mr. Blaikie is saying. But I think at this point it is now before the Chair to decide on what the Chair's decision is going to be with respect to whether this changes the purpose or not. Whether we can forge a compromise is another question.

Mr. Blaikie: On that point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Let Mr. MacLellan finish first, please.

Mr. MacLellan: I think what we are saying is that Clause 3.(2) is not necessary; it does not change the purpose or procedure or objective; it does not change the Act whatsoever. I think the grounds for that are clear. I think if there is any attempt to put something in and amend the Bill subsequently, later, by a new Clause 3.(2), then this should follow the Chair's ruling on its concern.

The Chairman: Thank you. I will go back to Mr. Blaikie in a second. I have got Mr. Epp and Mr. Reid. I am not sure of Mr. Halliday; he is away from the table at the moment. But I think we are coming to a fairly quick conclusion on this.

Mr. Blaikie, I will hear for a moment though.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, it is just that I think we should avoid, as long as possible, getting into these kind of win-lose situations. It will come to that on other things probably. But I think that if we can arrive at a compromise on this and not get ourselves in the position where one set of arguments has to be rejected and another set of arguments gets total victory that is for the best in terms of the dynamics of the committee.

• 1150

So I am suggesting that we look for a compromise first. If we are going to arrive at a compromise, which I hope we would arrive at eventually, what is the point of somebody winning the

[Translation]

M. Blaikie: Monsieur le président, je crois encore que nous devrions chercher un compromis de manière à éviter des discussions interminables sur la recevabilité des amendements proposés par le gouvernement. Ce qui est important, je pense, pour rassurer les membres du Comité qui ont exprimé une certaine inquiétude au sujet des propositions initiales du gouvernement, c'est l'alinéa 3.(2)c). Ce que nous devons faire, c'est déterminer si l'alinéa(2)c) peut être ajouté au paragraphe 3.(1) ou si le paragraphe 3.(2) peut être réduit de façon notable tout en conservant l'alinéa c), soit comme prolongement de la première phrase du paragraphe 3.(2) soit à tout autre titre. Je pense qu'il est important de savoir, maintenant, si M^{me} le ministre est prête à accepter un compromis, et à nous dire ce qui constituerait un compromis acceptable, de sorte que nous puissions avancer.

Mr. MacLellan: Un rappel au Règlement, monsieur le président. Je comprends . . .

Le président: Monsieur MacLellan, j'allais justement vous accorder la parole. Vous pouvez soulever cette question dans vos commentaires.

M. MacLellan: Oui. Je comprends ce que M. Blaikie est en train de dire. Mais je pense qu'il appartient maintenant au président de déterminer si l'amendement change ou non le but du projet de loi. Quant à la possibilité de compromis, c'est une autre question.

M. Blaikie: Au sujet de ce rappel au Règlement, monsieur le président.

Le président: Laissez M. MacLellan finir avant, s'il vous plaît.

M. MacLellan: Ce que nous disons, je pense, c'est que le paragraphe 3.(2) n'est pas nécessaire; il ne change rien à la raison d'être, à la procédure ou aux objectifs du projet de loi; il ne change absolument rien à la loi. Cela est bien clair, je pense. Si plus tard on veut ajouter quelque chose et amender le projet de loi grâce à un nouveau paragraphe 3.(2), il faudra s'en remettre à la décision du président.

Le président: Merci. Je vais revenir à M. Blaikie dans un instant. MM. Epp et Reid ont demandé la parole. Je ne suis pas sûr pour ce qui en est de M. Halliday; il n'est pas là en ce moment. Mais je pense que nous en arriverons assez rapidement à une conclusion.

Monsieur Blaikie, brièvement.

M. Blaikie: Monsieur le président, je pense qu'on devrait tenter d'éviter, dans la mesure du possible, de se mettre dans des situations qui nous obligent à trancher d'un côté ou d'un autre. Cela va probablement se reproduire avec d'autres questions. Je pense que si nous pouvons en arriver à un compromis et éviter d'avoir à rejeter un argument en faveur d'un autre, je pense que cela conviendra mieux à la dynamique du Comité.

Alors, je propose que nous cherchions d'abord un compromis. Et si nous en arrivons à un compromis, comme je l'espère, quelle est l'utilité de savoir si cette motion est admissible ou

[Texte]

day on whether or not this motion is admissible if that is not the motion which is eventually going to impact on the Bill?

The Chairman: All right.

I may say that I believe I have the responsibility to make a decision on the procedural argument as soon as possible. I do not think that forecloses at all, though, any other discussions of compromises later on. Hopefully, we will have a fair number of compromises in this Bill as we go along, but we will also have procedural rulings that will have to be made from time to time, and I think we just have to follow that way.

I will just carry on with Mr. Epp again.

Mr. Epp: Mr. Chairman, Mr. Reid has not spoken for a first round. If you would be so kind as to allow him his first round, I would like to sum up.

The Chairman: That is all right.

Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, I do not know how high one has to jump to be recognized.

Surely at this stage we want to know what the Chair proposes to do. Is it intended that the Chair is going to rule on this issue now, or when he said just recently "as soon as possible" what did he mean? Are we going to go through this debate again at the clause-by-clause discussion when it comes formally before us, or are we going to hear debate in substance in effect now?

The Chairman: I would like to comment on that, Mr. Reid, if I may comment on that. We are on Clause 3 at present. I would intend to make a ruling on the procedural argument as soon as I hear sufficient argument and, depending on that ruling, we would then go into the merits or otherwise of the amendment.

Mr. Reid (St. Catharines): Then, Mr. Chairman, I want to make a comment on the merit of the matter before you.

The Chairman: It is on procedure.

Mr. Reid (St. Catharines): On procedure and on what is being proposed, and that is what I understood the procedure was: the proposed amendment before this committee.

The Chairman: The discussion is on whether the amendment is procedurally admissible or not.

Mr. Reid (St. Catharines): All right.

Earlier this week, Mr. Chairman, we had an overview discussion on this very same matter. It was suggested then, and we have proposed amendments before us today, that Bill C-3 is not intended to expand upon or to derogate from the two existing Acts and that this Bill is merely a consolidation of those two Acts, existing pieces of legislation. Much discussion took place the other day, and we have heard it said again today that there is no change and that we are simply trying to carry on original purpose and intent.

Mr. Chairman, you are not in a position to deal with Clause 3 in isolation. We have the title; we have the preamble; we

[Traduction]

non, si ce n'est pas cette motion qui aura une incidence sur le projet de loi?

Le président: Très bien.

Je pense que je dois me prononcer sur la procédure dès que possible. Je ne crois pas, toutefois, que cela nous empêchera de discuter plus tard d'autres possibilités de compromis. Nous aurons encore, j'espère, plusieurs autres occasions d'en arriver à des compromis, mais il y aura aussi, de temps à autre, des décisions de procédure à rendre, et c'est la démarche qu'il faut suivre.

Nous allons maintenant retourner à M. Epp.

M. Epp: Monsieur le président, M. Reid n'a pas eu la parole au premier tour de table. Si vous pouviez lui donner son tour, j'aimerais ensuite terminer.

Le président: Très bien.

Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, je ne sais pas ce qu'il faut faire pour avoir la parole ici.

Je pense que nous aimerions savoir, à ce stade-ci, ce que le président entend faire. Le président va-t-il se prononcer sur cette question maintenant, ou que voulait-il dire exactement lorsqu'il a dit qu'il rendrait une décision «dès que possible»? Allons-nous reprendre ce débat au moment de l'étude article par article du projet de loi, ou allons-nous avoir une discussion de fond immédiatement?

Le président: J'aimerais répondre à cela, monsieur Reid, si vous me le permettez. Nous en sommes actuellement à l'article 3. Je compte rendre une décision sur la procédure dès que j'aurai entendu suffisamment d'arguments, et selon la décision qui sera prise, nous discuterons du bien-fondé de l'amendement.

M. Reid (St. Catharines): Alors, monsieur le président, je voudrais faire un commentaire sur le bien-fondé de la question que vous devez trancher.

Le président: C'est une question de procédure.

M. Reid (St. Catharines): J'aimerais faire un commentaire sur la procédure et sur ce qui est proposé; c'est ainsi que j'interprète la procédure concernant l'amendement proposé au Comité.

Le président: La discussion porte sur la question de savoir si l'amendement est recevable ou non sur le plan de la procédure.

M. Reid (St. Catharines): Très bien.

Plus tôt cette semaine, monsieur le président, nous avons eu une discussion générale sur cette même question. Il a été convenu alors, et nous avons des amendements devant nous aujourd'hui, que le projet de loi C-3 n'est pas une extension des deux lois existantes, qu'il n'y déroge pas et qu'il constitue plutôt une simple consolidation des deux. On en a beaucoup discuté l'autre jour, et on l'a souvent répété aujourd'hui: il n'y a pas de changement, on essaie simplement d'aller dans le sens de la raison d'être et de l'intention originales.

Monsieur le président, on ne peut pas discuter de l'article 3 indépendamment du reste. Il y a le titre, le préambule, les

[Text]

have the objectives; and we have the purpose—and surely if the original intent of the government side was simply to consolidate those two Acts at the outset then one is left to question the meaning of the title, “Health Act”, the preamble and the phraseology of Clause 3 and the phraseology of Clause 4. Those clauses led to debate in the House past second reading and led to extensive submissions in this committee, many of them leading to support of the Bill simply because of the phraseology contained within the preamble of Clauses 3 and 4, and even led to proposed amendments with respect to title. I just cannot understand a government which would come in with a piece of legislation containing such eloquent and populous phrases with respect to both Clauses 3 and 4, then coming in at this stage and saying: We want to strip all those provisions from the purpose, from the objective, leaving outstanding—I am not making any comment about the preamble—stripping the objective of Clause 3 to its narrowest form and obliterating, as it would, the original purpose of the Bill in Clause 4.

• 1155

To say the purpose and the intent are exactly the same as its original, I think, causes a concern with respect to the credibility of those who take that position. It even becomes more so when I hear government members say it is exactly the same. What are we talking about? If that is the case, Mr. Chairman, why the change? Why the necessity for change? Either the government was right in the first place with respect to introducing the objectives and the purpose as they were set out or they are now lacking credibility when they ask for that kind of change.

I will talk about the jurisdiction, constitutionally, at a later date when it comes up for clause-by-clause discussion.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid.

With your permission, I will just go back to Mr. Epp and Mr. Lachance, if they have further contributions, and then I would be prepared to make a ruling.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I will be brief. I guess the dilemma we find ourselves in is the dilemma the Minister created earlier for herself, then for the House and now for the committee; that is, the lack of consultation with the provinces, which have the primary responsibility for health care delivery. That is a problem we face, and that is a problem we will face in other clauses of this Bill. There is no question about that.

Having said that, the constitutional reality my colleague opposite raised is valid, and that is why I made the first statement I just made. The constitutional problem he addresses, saying, in fact, that is why I should accept the deletion, is right. I have no argument with the constitutional argument. But I say to my friend respectfully that that is not the way the Bill was introduced.

Now we are trying to clean up the acts, both the proposed legislative Act and the acts of the Minister. That is the dilemma we face in this room. He will find from us, on this

[Translation]

objectifs et la raison d'être, et si l'intention première du gouvernement était simplement de consolider les deux lois, on est en droit de s'interroger sur le sens du titre «Loi sur la santé», sur le préambule et sur la formulation de l'article 3 et de l'article 4. Ces articles ont suscité un débat à la Chambre, ont été adoptés en deuxième lecture et ont fait l'objet de mémoires détaillés présentés au Comité, et nombre d'entre eux étaient favorables au projet de loi simplement à cause du préambule aux articles 3 et 4, et cela a même entraîné des propositions d'amendement du titre. Je ne comprends absolument pas un gouvernement qui présenterait un projet de loi avec un préambule aussi éloquent en ce qui concerne les articles 3 et 4, et qui en arriverait à vouloir supprimer toutes les dispositions énoncées dans la raison d'être et dans les objectifs de la loi—et je ne dis rien du préambule—à réduire l'objectif de l'article 3 à sa plus simple expression et en supprimant, de ce fait, la raison d'être même du projet de loi, telle qu'énoncée à l'article 4.

Je pense que ceux qui affirment que cela ne change rien à la raison d'être et à l'intention de la loi manquent un peu de crédibilité. Je ne comprends absolument pas que des députés puissent dire que c'est exactement la même chose. Que sommes-nous en train de faire? Si cela ne change rien, monsieur le président, pourquoi donc apporter un amendement? Pourquoi changer quoi que ce soit? Soit que le gouvernement avait raison à prime abord de présenter les objectifs et la raison d'être comme il l'a fait, soit qu'il manque maintenant de crédibilité en proposant un tel amendement.

Je vais vous parler de juridiction, de constitutionnalité, plus tard, lorsqu'on étudiera le projet de loi article par article.

Le président: Merci, monsieur Reid.

Avec votre permission, nous allons retourner à MM. Epp et Lachance; ensuite, je rendrai ma décision.

Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je serai bref. Le problème auquel nous nous butons est le problème que s'est créé le ministre elle-même, le problème qu'a eu la Chambre et avec lequel le Comité est maintenant aux prises; à savoir l'absence de consultation des provinces, de qui relèvent à prime abord les soins de santé. C'est un problème que nous éprouvons maintenant et auquel nous aurons à faire face dans l'étude d'autres articles du projet de loi. Cela ne fait aucun doute.

Cela dit, la question de constitutionnalité qu'a soulevée mon collègue d'en face est valable, et c'est ce qui m'a motivé à faire cette déclaration. Son argument constitutionnel suivant lequel je devrais accepter l'abrogation de ces dispositions est juste. Je n'ai rien à redire de ce côté-là. Mais j'ajoute avec déférence que ce n'est pas la façon dont le projet de loi a été présenté.

Nous tentons maintenant de mettre de l'ordre dans les lois; soit dans le nouveau projet de loi et dans les lois existantes. Voilà notre dilemme. Mon collègue d'en face verra que, de ce

[Texte]

side, that we will not stand in the way of improving the Bill and trying to remove that interference or that constitutional dilemma. I am not going to use a constitutional argument on my colleagues opposite. I just point out to them that has been one of our concerns right through this whole Bill, and in fact, through the exercise that proceeded the tabling of the Bill; that is, while in the public domain there was the perception created that we were going to substantially modify Canada's health policy, it is not true.

That is the problem, and that is why we have had witnesses here from consumer groups, health care providers, provinces, who all said, generally—there were some exceptions, but in a majority sense they said it—they were in agreement with the financial penalty vis-à-vis user fees and extra-billing. They spent the vast majority of their time—and I would suggest the vast majority of the questioning by members of witnesses was spent—not on those two issues but on Canada's health care policy. And, in fact, I recall at one time asking the Canadian Nurses Association, when they appeared as witnesses, whether they were using this Bill—there were other groups, but I did not ask them the question—as a vehicle, as an opportunity, as a forum to promote that which they thought should be the criteria for health care policy after the first 20 years of this program. The blunt answer was, yes.

• 1200

And that is how witnesses came to this table. That is our dilemma. So we have an ethical dilemma in terms of what we allowed witnesses both to say and to feel the committee could address, as against what the committee can now, in fact, address.

So I suggest, as members of the committee, we have an ethical dilemma; we have a legislative dilemma; we have a constitutional dilemma. And so the only way we can get out of that is by compromise, recognizing those dilemmas, and the committee will have to keep on recognizing those dilemmas.

The reason I make that point, Mr. Chairman, is that when amendments are introduced by the Minister, or by the NDP, or ourselves, or Liberal members as individuals, they will have to keep in mind that this Bill now can only proceed through compromise, because if not, the constitutional dilemma will keep raising its ugly head, clause by clause.

And the Minister can shake her head; she can even benignly smile at us plebeians here if she so chooses, but the fact remains that the way she proceeded on this exercise has led us to this problem. I want committee members to understand that very clearly.

And that is why this party on second reading said very clearly that if these are the principles of the Bill we agree and we will vote for it. And no member in this committee can say that that debate went on very long or that the Bill has been held up by us in any way; nor are we doing it today. But I hope, finally, there is a recognition by the Minister, by the

[Traduction]

côté-ci, nous ne nous opposerons pas aux efforts visant à améliorer le projet de loi et à aplanir cet obstacle, ou ce problème constitutionnel. Je ne vais pas utiliser d'argument constitutionnel contre mes collègues d'en face. Je tiens simplement à leur faire remarquer que c'est une de nos préoccupations depuis le tout début et, en fait, depuis tous les exercices menant à la présentation du projet de loi; je tiens à souligner que, contrairement à l'opinion publique, nous n'entendons pas modifier substantiellement la politique canadienne de la santé.

C'est là le problème, et c'est pourquoi nous avons eu des représentants de groupes de consommateurs, d'intervenants dans les services de santé, des provinces, qui ont tous dit, généralement, sauf pour quelques exceptions, qu'ils étaient d'accord avec la pénalité financière attachée aux frais modérateurs et à la surfacturation. Les propos des témoins et les questions des députés ont porté dans une large mesure non pas sur ces deux questions, mais sur la politique canadienne de la santé. Et, en fait, je me souviens d'avoir demandé aux témoins de l'Association des infirmières canadiennes—et il y a eu d'autres groupes, mais je ne leur ai pas posé la question—s'ils considéraient le projet de loi comme un mécanisme, une occasion, une tribune servant à promouvoir ce qui devrait constituer la norme de la politique de la santé après les 20 premières années d'existence du programme. La réponse fut un oui catégorique.

Et c'est dans cet esprit que les témoins se sont présentés. Voilà notre problème. Nous avons donc un problème d'éthique, en ce sens que nous avons permis aux témoins de nous dire ce qu'ils considéraient être le mandat du Comité, ce qui ne correspond pas nécessairement à notre réalité maintenant.

Donc, en tant que membres du Comité, nous faisons face à un problème d'éthique, un problème législatif et un problème constitutionnel. Et la seule façon dont nous pouvons nous en sortir, c'est par la voie d'un compromis reposant sur la reconnaissance de ces problèmes, et le Comité ne doit pas perdre cela de vue.

Si je soulève ce point, monsieur le président, c'est que chaque fois qu'un amendement sera proposé, soit par le ministre, soit par les Néo-démocrates, soit par nous-mêmes ou par des députés libéraux, il ne faudra pas oublier que le projet de loi ne pourra avancer que par la voie du compromis, sinon, le problème constitutionnel fera inévitablement surface à chaque article.

Et le ministre peut secouer la tête; elle peut même nous faire son sourire condescendant, si elle le veut bien, mais il n'en demeure pas moins que c'est elle qui a créé le problème. Je tiens à ce que ce soit très clair pour les membres du Comité.

Et c'est la raison pour laquelle notre parti a affirmé très clairement, à l'étape de la deuxième lecture, qu'il voterait en faveur du projet de loi si les principes demeuraient les mêmes. Et aucun membre du Comité ne peut dire que le débat s'est éternisé ou qu'on a retenu le projet de loi de quelque façon que ce soit, pas plus que nous ne le faisons aujourd'hui. Mais

[Text]

government, by the officials, that a large part of this Bill, to sell it, was well outside both the scope and, in fact, the constitutional ability of the federal government. That is the moral dilemma we face.

Having said that, Mr. Chairman, whenever you are ready to rule, I am willing to accept that ruling. In fact, as I said, and in the spirit in which I said it in terms of compromise, I have a compromise to propose for Clause 3, but keeping in mind that problem I think this Bill poses for all of us.

The Chairman: Thank you. I think I have just Mr. Lachance, and then I will ask for the amendment to be moved.

Mr. Lachance: I will just say one thing, Mr. Chairman. I did interrupt Mr. Epp, because what he had to say he could not say of course, although it was not purely in a procedural argument, it transcended that. It is a bit unfair, if I can say that, that the Minister in this procedural argument cannot intervene and cannot answer, but if she has something to add to that she may do so when we get into the clause itself. That is the reason why I think, Mr. Chairman, you should rule at this point, and then we will proceed as we can.

The Chairman: Before making a ruling, I am advised that we should have the actual amendment before the committee. I will ask the Parliamentary Secretary, when he is ready, to move the amendment.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, maybe I could move it on behalf of the Parliamentary Secretary. Oh, he is coming.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to first move, as is suggested in G-8, that Clause 3 of Bill C-3 be amended by striking out line 8 on page 5 and substituting the following:

• 1205

3. It is hereby declared that the pri . . .

—and secondly, by striking out lines 13 to 22 on page 5.

The Chairman: Thank you.

The Chair would like to thank all members who participated in this procedural debate on the very complex question dealing with the principle of the Bill. The Chair has not been convinced on what is the actual principle of the Bill and whether it is contained in whole or in part in Clause 3 of the Bill. As is usually the case when discussing the principle of a Bill, no two MPs can ever agree on what is the principle of a Bill as agreed to at the second reading. The Chair does not believe a case has been made that the proposed amendment is out of order by virtue of citations 764.(1) and 773.(5) of *Beauchesne*. Therefore I believe the Chair should follow the practice of giving the mover of such an amendment the benefit of the doubt and allowing the committee to debate the substance of the amendment and to vote upon it.

[Translation]

j'espère qu'à la fin du compte, le ministre, le gouvernement, les hauts fonctionnaires reconnaîtront que le gouvernement fédéral débordait de beaucoup son mandat et sa compétence constitutionnelle en tentant de faire accepter une large part du projet de loi. Voilà le problème moral auquel nous faisons face.

Monsieur le président, cela étant dit, je suis prêt à accepter votre décision. En fait, comme je l'ai dit, et compte tenu de l'esprit de compromis dans lequel j'ai fait ma déclaration, j'ai un compromis à proposer pour l'article 3, mais il ne faut pas oublier le problème que suscite pour nous tous le projet de loi.

Le président: Merci. Je pense qu'il nous reste M. Lachance; ensuite, je demanderai qu'on présente la motion d'amendement.

M. Lachance: J'ai une chose à dire, monsieur le président. J'ai interrompu M. Epp parce qu'il n'avait pas le droit de dire ce qu'il a dit, bien que son argument était beaucoup plus qu'un argument purement de procédure. C'est un peu injuste, si je puis m'exprimer ainsi, que le ministre ne puisse intervenir ou ne puisse répliquer, mais si elle a quelque chose à ajouter, elle pourra le faire lorsqu'on arrivera à l'article lui-même. C'est la raison pour laquelle j'estime, monsieur le président, que vous devriez rendre votre décision à ce stade-ci, pour que l'on puisse continuer.

Le président: On me dit qu'avant de rendre ma décision, il faut que l'amendement soit présenté. Je demanderais donc au secrétaire parlementaire de bien vouloir présenter la motion d'amendement.

M. Lachance: Monsieur le président, je pourrais peut-être le faire au nom du secrétaire parlementaire. Oh, il arrive.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, j'aimerais d'abord proposer, tel que prévu dans le G-8, que l'article 3 du Bill C-3 soit modifié par substitution, à la ligne 7, la page 5, de ce qui suit:

3. La politique canadienne de la santé

Deuxièmement, par la suppression des lignes 11 à 19, page 5.

Le président: Merci.

La présidence voudrait remercier tous les honorables députés qui ont participé à ce débat de procédure sur une question très complexe rejoignant le principe du projet de loi. Par ailleurs, la présidence est loin d'être sûre de ce qui constitue le principe du projet de loi ou du fait que ce principe puisse être contenu en tout ou en partie dans l'article 3 du projet de loi. Comme c'est habituellement le cas lorsqu'il s'agit du principe d'un projet de loi, il est difficile de trouver deux députés qui puissent s'entendre sur ce point, c'est-à-dire le principe du projet de loi tel qu'il a été adopté en deuxième lecture. Aussi, la présidence ne croit pas que la preuve a été faite que l'amendement proposé soit irrecevable en vertu des citations 764.(1) et 773.(5) de *Beauchesne*. Dans ces circonstances, la présidence se doit de suivre la pratique établie de donner au proposeur de l'amendement le bénéfice du doute, en

[Texte]

We have therefore the amendment before us, and we can discuss the substance of the amendment. Mr. Epp, would you like to lead off on that?

Mr. Epp: Mr. Chairman, before we do that, I just want a clarification from the Chair that we are discussing the substance, only you have not as yet ruled on the admissibility of the amendment.

The Chairman: No, I have ruled in favour of the admissibility, Mr. Epp.

Mr. Epp: You said, Mr. Chairman, in your ruling . . . could you explain for the committee, then, your caveat of the benefit of the doubt? Are you allowing the debate only for reasons of debate, or in fact for conclusion?

The Chairman: No, I understand, Mr. Epp, from receiving advice, that it is usual in many cases where there is a real doubt on the procedural matter that the doubt be given in favour of the mover of the amendment, and that is what I am doing in this particular case. But I am therefore ruling that the amendment is admissible. That is the situation.

Mr. Blaikie, on the same point of order.

Mr. Blaikie: As I understand it, then, the amendment is on the table now.

The Chairman: That is right.

Mr. Blaikie: It is being debated. Would it not be useful to ask the mover of the motion, having moved the motion hopefully only to find out whether it was admissible to move the motion, whether the mover of the motion now actually wants the motion to be passed or whether the mover of the motion would like something else to happen?

Mr. Epp: Mr. Chairman, seeing the mover is very close to you, and I am sure some communication could be engaged in if you so chose, could I ask the mover whether he would be willing to withdraw the motion and then move an amendment which, while it has not been agreed to, I think we have seen the general essence of? Possibly we could make some advance in that way.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I think it is no use just turning in circles. There has been some discussion between different people. There is a proposal that could be acceptable to all persons involved. The only thing is to do it procedurally right, and I would suggest that the clerk look at how to do it so we do not flunk it.

An hon. Member: Mr. Chairman, I am prepared . . .

The Chairman: For the benefit of the committee and perhaps for the Chair, under Beauchesne, 771, under the heading "Withdrawal of Amendments", it states:

[Traduction]

vue de permettre au comité d'en discuter le fond et de voter sur l'amendement.

Le comité est donc saisi de l'amendement et il peut en débattre quant au fond. Monsieur Epp, vous voulez lancer la discussion?

M. Epp: Je voudrais d'abord avoir une précision, monsieur le président. Il s'agit d'une discussion sur le fond de l'amendement. La question de sa recevabilité n'a pas encore été réglée.

Le président: Je l'ai déclaré recevable, monsieur Epp.

M. Epp: Dans ce cas, voulez-vous indiquer au comité ce que vous avez voulu dire en employant l'expression «bénéfice du doute», dans votre décision? Permettez-vous la discussion pour la forme, ou la discussion doit-elle mener à une décision?

Le président: D'après les avis que j'ai reçus, monsieur Epp, lorsqu'il y a des doutes sur les questions de procédure, le bénéfice du doute est accordé au proposeur de l'amendement. C'est ainsi que j'en ai décidé quand j'ai déclaré l'amendement recevable. Telle est la situation maintenant.

Monsieur Blaikie, au sujet du même rappel au Règlement.

M. Blaikie: Donc, si je comprends bien, l'amendement est en discussion maintenant.

Le président: En effet.

M. Blaikie: Ne serait-il pas utile, dans les circonstances, de demander au proposeur de l'amendement, maintenant qu'il a pu juger si son amendement était recevable ou non, s'il désire que son amendement soit vraiment adopté ou s'il souhaite une autre conclusion?

M. Epp: Puisque le proposeur se trouve tout près de vous, monsieur le président, je suis sûr que vous pouvez engager la conversation avec lui afin de savoir s'il ne serait pas disposé à retirer son amendement pour en présenter un autre qui, même s'il n'a pas été adopté encore, est connu d'à peu près tout le monde? Il serait peut-être possible de faire des progrès de cette façon.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Il est inutile de tourner en rond. Il y a effectivement eu des discussions entre diverses personnes. Il y a une proposition qui pourrait faire le consensus. Il y a seulement un problème de procédure. Le greffier pourrait nous aider, afin que nous ne manquions pas notre coup.

Une voix: Monsieur le président, je suis prêt . . .

Le président: Pour le Comité et pour moi-même, je rappelle la citation 771 de *Beauchesne*, sous le titre «Retrait de la proposition»:

[Text]

After the question on the amendment has been proposed from the Chair, the amendment can be withdrawn only with unanimous consent at the request of the Member who moved it.

Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Yes, Mr. Chairman. I would like to ask for unanimous consent to withdraw the amendment and to replace it by a subsequent amendment.

Some Hon. Members: Agreed.

Motion withdrawn.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move that Clause 3 be amended by striking out the whole of the clause as it appears now from lines 8 to lines 22 inclusive, substituting therefor the following wording:

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

Mr. Lachance: And the French accordingly.

Mr. MacLellan: And the French accordingly.

Mr. Epp: Can I move a subamendment after it has been seconded?

The Chairman: I think we need to get the amendment at the front here.

Mr. Epp, do you have a comment or question?

Mr. Epp: To facilitate the work of the committee, I would request permission to move a subamendment, if that is acceptable . . .

The Chairman: All right.

Mr. Epp: —and then not restrict myself to points only on a subamendment.

I would like to move a subamendment to the amendment that—if I can put it this way—in the present line 21 the word “undue” be restored. So I want to reintroduce the words “undue financial”.

The Chairman: We have a subamendment on the floor. I am open to comment on the subamendment.

Mr. Epp, do you want to comment on your amendment?

Mr. Epp: Yes. Mr. Chairman, I think the words “undue financial” should be there because there are financial considerations in the health care system right through. I do not think we have to define those. There are all kinds, such as chronic care. There are the convalescent homes, for instance, in the Quebec model. Therefore, I think the word “undue” clarifies that, and that is why I propose that subamendment.

[Translation]

Le président ayant mis la proposition d'amendement en discussion, celle-ci ne saurait être retirée qu'à la demande de son auteur et du consentement unanime.

Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Dans ce cas, monsieur le président, je demande le consentement unanime du Comité pour retirer l'amendement et le remplacer par un autre.

Des voix: D'accord.

L'amendement est retiré.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, je propose la suppression de tout l'article 3, des lignes 7 à 19 inclusivement, et son remplacement par ce qui suit:

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

M. Lachance: Le texte anglais devant correspondre.

M. MacLellan: Le texte anglais devant correspondre.

M. Epp: Une fois que cet amendement aura trouvé quelqu'un pour l'appuyer, puis-je présenter un sous-amendement?

Le président: Il faut d'abord que la présidence ait l'amendement en main.

Vous avez une observation ou une question, monsieur Epp?

M. Epp: Pour faciliter le travail du comité, je demande la permission de présenter un sous-amendement . . .

Le président: Très bien.

M. Epp: . . . et de ne pas être limité à débattre de ce sous-amendement seulement.

Donc, je propose un sous-amendement à l'amendement, si je puis dire, qui réintroduit le terme «indu» à la ligne 18. Il doit donc s'agir d'un «obstacle indu».

Le président: Il y a un sous-amendement. Quelqu'un désire-t-il en discuter?

Monsieur Epp, vous voulez d'abord expliquer votre sous-amendement?

M. Epp: Il doit être question d'«obstacle indu d'ordre financier», parce que ces obstacles sont réels à tous les échelons du réseau de santé. Ils sont bien connus, je n'ai pas à les définir. Ils sont de tous ordres, par exemple les soins aux malades chroniques. Il y a également les maisons de convalescence, sur le modèle québécois, par exemple. C'est pourquoi, à mon avis, le terme «indu» doit se trouver dans l'article, et c'est la raison de mon sous-amendement.

[Texte]

The other question I have for the parliamentary secretary is on the words . . . I am sorry I do not have a written text here, but I believe you had included the words "or other" prior to barriers. Is that correct? Could we have that from the clerk? Did he have "or other" in it?

The Chairman: Yes. I will read the amendment. The amendment was:

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

Mr. Epp, you amended that by putting the word "undue" before the word "financial".

Mr. Epp: That is right. If I could speak to both the sub-amendment and the amendment, if you do not restrict me, Mr. Chairman, I would appreciate that.

I have already mentioned the word "undue" and I think that is covered, at least from my perspective. I was going to ask a question of the Minister earlier, and I can do it through you, Mr. Chairman, either to the parliamentary secretary or to the Minister, whatever is your choice. I am not clear why the words "or other" are necessary or what purpose they achieve.

• 1215

Would we not be clear, if we are looking at the very purpose of this Act, if the words read: "and to facilitate reasonable access to health services without undue financial barriers"? To my mind that is what we are trying to do. Could somebody give me an explanation regarding the words "or other", please.

The Chairman: I think we will ask the Minister. Madam Minister.

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman. It is because that is the expression in the existing legislation.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Could I then ask the Minister why, and how has that been interpreted in the past? Are we trying to get a parallel copy . . . why those words? What practical function have they served to date?

Madam Bégin: The officials informed me that in the past the only practical use of the word, of the concept, was of a financial nature, but that it was put forward and is in the existing legislation, and we propose to repeat it. We would want to keep it in case of, for example, possible future administrative practices—an elaborate means test or other practices, which might be a deterrent to people, although not a financial barrier exactly. Do you see what I mean, administrative practices.

Mr. Epp: For instance, if a person, if he or she does not have access to a certain health practice procedure facility, would those words protect the patient, or are they neutral in that case? For instance, let us say there is no bed.

Madam Bégin: I am not sure

[Traduction]

J'ai une autre question pour le secrétaire parlementaire . . . Je m'excuse, mais je n'ai pas le texte devant moi, je pense qu'il est question d'obstacle indu d'ordre financier ou autre. C'est exact? Le greffier peut-il le vérifier? Il y a «ou autre»?

Le président: Oui. Je relis l'amendement:

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

Et votre sous-amendement, monsieur Epp, ajoute le terme «indu».

M. Epp: En effet. Je vous serais reconnaissant de me permettre de traiter en même temps du sous-amendement et de l'amendement, monsieur le président.

Pour ce qui est du terme «indu», je pense avoir déjà expliqué mon point de vue. Par ailleurs, j'ai une question qui s'adresse au ministre, ou à son secrétaire parlementaire, au choix, par votre entremise, monsieur le président. Je ne comprends pas très bien ce que vient ajouter «ou autre».

Si c'est de l'objectif lui-même de la loi dont il s'agit ici, ne serait-il pas plus clair d'indiquer seulement: «et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé sans obstacles indus d'ordre financier»? Il me semble que c'est le but que nous poursuivons. Quelqu'un peut-il me dire pourquoi il faut ajouter «ou autre»?

Le président: Nous pouvons demander au ministre. Madame le ministre.

Mme Bégin: C'est l'expression qui est utilisée dans la loi actuelle.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Dans ce cas, puis-je demander au ministre comment cet élément de phrase a été interprété par le passé? Pourquoi le reprendre ici? Quel effet a-t-il eu jusqu'à présent?

Mme Bégin: Mes collaborateurs me signalent que par le passé il n'a été question que d'obstacles d'ordre financier, mais qu'ils ont quand même jugé bon de garder la même expression ici. C'est une expression qui pourrait servir au cas où il y aurait à l'avenir des pratiques administratives, la justification des ressources, par exemple, qui découragent les gens, sans qu'il s'agisse à proprement parler d'obstacles d'ordre financier. Donc, il pourrait s'agir de pratiques administratives.

M. Epp: Dans le cas d'une personne qui se verrait interdire l'accès à certaines installations ou certains soins de santé, cette expression servirait à la protéger ou n'aurait pas d'effet? Supposons, par exemple, qu'il n'y ait pas de lit.

Mme Bégin: Je n'en suis pas sûre.

[Text]

Mr. Epp: Let us say there is not a bed available.

Madam Bégin: The concept is also one that would be interpreted in the context of medical necessity, as we discussed earlier today. They reinforce each other, and medical necessity is the key word.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie and then Dr. Halliday. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think we have to realize with respect to the word "undue", which Mr. Epp has moved be restored, and also with regard to "other", that to recall my grade five English classes, the primary verb in the sentence is to facilitate—not to implement, not to require, but only to facilitate a reasonable access to health services without financial or other barriers. So in that respect I think it is acceptable to me to leave "other" in, because we want to convey the impression rightfully that the objective of the Canadian health care policy is to facilitate the removal of whatever barriers there might be. It is not to say that we are going to ever succeed in removing all barriers, but that we do not want to limit our notion of what barrier means to simply financial. I do not see any good reason for taking out "other" so long as it is only connected to the idea of facilitating the removal of such barriers.

With respect to the propriety of leaving in "undue" or taking it out, it seems to me that what this Bill is about is removing financial barriers to health services. The only financial barriers within the plan itself are extra-billing and user fees and that is what this Bill does. So it is not inconsistent with what the Bill does to take out "undue", because what we are saying is that there are no "due" barriers to health service.

• 1220

An argument might be made, in the interest of consistency, that what the Bill does is declare that there are no "due" financial barriers to medically necessary services, as opposed to health services in general, and I have to admit that that is a point well taken; but we are still only talking about facilitating here, not about requiring. So, in terms of outlining a goal down the road, not necessarily achieved by this Bill, with respect to all health services, I still do not see any reason why we could not leave "undue" out of the clause as it now stands.

The Chairman: I have Dr. Halliday, Dr. Lang and probably the Parliamentary Secretary. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I want to support Mr. Epp's subamendment here to restore "undue", but I would like to ask the Parliamentary Secretary why he left it out. Was there some good reason why it was left out?

[Translation]

M. Epp: Supposons qu'il n'y ait pas de lit disponible.

Mme Bégin: C'est un concept qui doit être interprété parallèlement à celui de la nécessité médicale, telle que nous en avons parlé un peu plus tôt. Les deux concepts se renforcent l'un l'autre, la nécessité médicale étant un concept tout aussi important.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: M. Blaikie, suivi de M. Halliday. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Pour ce qui est de ce mot «indus» que ferait introduire M. Epp, pour ce qui est également de cette expression «ou autre», nous devons nous rappeler que le verbe principal de la phrase, pour reprendre une expression qui me rappelle ma cinquième année à l'école, est faciliter, non pas réaliser ou exiger, il s'agit de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé sans obstacles d'ordre financier ou autre. Dans cette mesure, je peux accepter ce membre de phrase «ou autre», puisqu'il renforce l'impression que nous voulons donner à juste titre que l'objectif de la politique canadienne en matière de soins de santé est de supprimer tous les obstacles quels qu'ils soient. Ce qui ne veut pas dire que nous allons réussir à supprimer effectivement tous les obstacles existants, mais que nous ne voulons pas nous limiter dans notre effort aux seuls obstacles d'ordre financier. Donc, je ne vois pas de raison de supprimer «ou autre», tant que l'idée est de faciliter la suppression de ces obstacles.

Pour ce qui est du terme «indus», et de la question de savoir s'il faut l'enlever ou le laisser, il me semble que ce que souhaite le projet de loi, c'est supprimer les obstacles financiers aux services de santé. Or, les seuls obstacles financiers prévus dans le régime sont la surfacturation et les frais modérateurs. Ceci n'est donc pas en contradiction avec le projet de loi, lequel enlève les obstacles «indus», car nous disons qu'il n'y a pas d'obstacles «valables» au service de santé.

Pour ce que ce soit plus cohérent, on pourrait dire que selon le projet de loi il n'y a pas d'obstacles 'valables' d'ordre financier aux services médicaux nécessaires, par opposition aux services de santé en général, et je dois reconnaître que c'est un point très défendable, mais il est toujours simplement question de faciliter l'accès et non de l'exiger. Donc, s'il s'agit de fixer un objectif relatif à tous les services de santé, objectif qui ne serait pas nécessairement assigné au projet de loi, je ne vois toujours aucune raison pour laquelle nous ne pourrions pas laisser le mot «indus» en dehors de l'article comme c'est le cas dans la rédaction actuelle.

Le président: Le docteur Halliday et le docteur Lang ont demandé la parole, et probablement que le secrétaire parlementaire voudra intervenir également. Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je tiens à appuyer le sous-amendement de M. Epp visant à réintroduire le mot «indus», mais je voudrais demander au secrétaire parlementaire pourquoi il l'a laissé tomber. Y a-t-il de bonnes raisons pour cela?

[Texte]

Mr. MacLellan: It is not in Clause 12; it is not in existing . . .

An Hon. Member: In the existing legislation.

Mr. Halliday: It is in the Bill, though. The reason why it was left out, then, was because it is not in the existing legislation.

Mr. MacLellan: It is not in the existing legislation.

Mr. Halliday: Then why was it added? Why was it added to the Bill?

Madam Bégin: . . . send flowers to the drafter at the end.

The Chairman: Dr. Lang.

Some Hon. Members: Vote, vote. Question.

Subamendment negatived.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just on a point of order: Perhaps we could find out which people are voting members of the committee. I believe we just had more people vote than are on the committee.

The Chairman: Sorry.

Mr. Blaikie: Just in case it gets close some time, I want to find out who is real and who is not.

Mr. Lachance: You are for real, Bill.

Mr. Reid (St. Catharines): I was so carried away with the eloquence of Mr. Epp's argument that I could not help . . .

The Chairman: All right. Mr. Blaikie's point is well taken. The voting members on the government side at the moment are: Killens, MacLellan, Hudecki, Lachance, Marceau. I am the chairman, but I do not have a vote unless there is a tie. On the Progressive Conservative side there are: Epp, Halliday, MacDonald. For the NDP there is you, yourself, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: To keep an eye on you.

The Chairman: I will call the main amendment.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, is there any discussion on the amendment?

The Chairman: Dr. Halliday, we were going to take discussions on two at once in most cases, but if you have some further discussion I will hear you.

Mr. Halliday: Just to discuss the first one: I want to discuss what is in the Bill as Clause 3.(1). Is this the appropriate time to discuss that?

The Chairman: Right.

Mr. Halliday: There are two things. I just want to acknowledge the fact that we have included in Clause 3.(1) on line 11 this word "mental". I commend the government for including that in its policy, but I also want to draw the Minister's attention to the fact that she is ignoring it in this Bill, of course, otherwise, as far as implementing that is concerned.

[Traduction]

M. MacLellan: On ne le retrouve pas dans l'article 12, ni dans l'actuel . . .

Une voix: Dans la loi existante.

M. Halliday: Toutefois, c'est dans le projet de loi. On l'a donc laissé tomber parce que ce n'est pas dans la loi existante.

M. MacLellan: Ce n'est pas dans la loi existante.

M. Halliday: Alors pourquoi l'a-t-on ajouté au projet de loi?

Mme Bégin: . . . Quand ce sera fini, envoyez des fleurs au rédacteur.

Le président: Docteur Lang.

Des voix: Aux voix, aux voix.

Sous-amendement défait.

M. Blaikie: Monsieur le président, un rappel au Règlement. Nous pourrions peut-être voir qui sont les membres votant de ce Comité. Je pense qu'il y a plus de personnes qui ont voté qu'il n'y a de membres.

Le président: Je m'excuse.

M. Blaikie: C'est simplement au cas où il y aurait un vote serré, je tiens à savoir qui est membre et qui ne l'est pas.

M. Lachance: Vous l'êtes certainement, Bill.

M. Reid (St. Catharines): J'ai été tellement ému par l'éloquence de M. Epp lorsqu'il a présenté son argument que je n'ai pas pu m'en empêcher . . .

Le président: Très bien. M. Blaikie a tout à fait raison. Du côté gouvernemental, les votants sont: Killens, MacLellan, Hudecki, Lachance et Marceau. À titre de président je vote uniquement s'il y a égalité. Pour le parti conservateur les votants sont: Epp, Halliday et MacDonald. Quand au N.D.P., il s'agit de vous-même, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: C'est pour vous avoir à l'oeil.

Le président: Je mets l'amendement principal en délibération.

M. Halliday: Monsieur le président, y a-t-il discussion sur l'amendement?

Le président: Monsieur Halliday, nous devons discuter des deux en même temps pour la plus grande partie, mais je vous donne la parole si vous avez autre chose à ajouter.

M. Halliday: C'est simplement pour discuter du premier: je veux discuter du contenu de l'article 3.(1) du projet de loi. Est-ce le moment convenable pour le faire?

Le président: Oui.

M. Halliday: Il y a deux choses. Je veux simplement mentionner le fait que nous avons inclus le mot «mental» à la ligne 11 de l'article 3.(1) Je félicite le gouvernement pour avoir inclus cette préoccupation dans sa politique, mais je tiens également à signaler au ministre qu'elle l'ignore dans ce projet de loi, évidemment, en ce qui touche sa mise en oeuvre.

[Text]

The more specific concern I have is on line 10, Mr. Chairman:

policy is to protect, promote and restore

and so on. There is one shortcoming there, as I read it, and that is that I see nothing in there that would allow for a policy that would encourage research in medicine. When I say research, Mr. Chairman, I am talking about advancing health care.

• 1225

We have a certain standard of health care now, but there is nothing in there that really says our policy should advance health care. It says we should protect it, and that is well and good; it says we should promote it, promote it to the level that we have now for those people—to the present level—and also that we should restore physical health. It says nothing there about advancing further the cause of better health care in this country; this is absolutely ignored in that policy. I think we should at least perhaps insert the word “advance” or perhaps there is a better word. Advance would mean pursuing the concept of medical research which is I think ignored, and it is a problem that this country faces right now in many aspects of medicine. So I would like to see an amendment here, a subamendment that would include the word “advance” or some word comparable to that. Perhaps the Minister would comment on that.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, a small point of order. Dr. Halliday can either move a subamendment or if he does not move a subamendment...

Mr. Halliday: I would then like to move a subamendment that would...

Mr. Lachance: Then perhaps you should move it.

Mr. Halliday: —alter line 10 to read:

... policy is to protect, promote, advance and restore the physical and mental well-being...

The Chairman: So you are putting the word “advance” after the word “promote”?

Mr. Halliday: Anywhere in that line, but that is where I am suggesting it.

The Chairman: All right. And you have talked about your... You have made your comments on your amendment before you moved the amendment.

Mr. Halliday: Yes, I did.

The Chairman: We will come back to you at the end if you wish.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just on the subamendment, I do not see the point of it in a way. To me “promote” means... It does not mean what Dr. Halliday said, that it means simply to the present level. Promote means to advance, it means to go beyond where we find ourselves now. And what Dr. Halliday

[Translation]

Monsieur le président, ce qui me préoccupe plus précisément ce sont les lignes 8 à 9:

la politique... a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer...

et ainsi de suite. Dans cette phrase je vois une lacune, c'est qu'il n'y a rien dans ce libellé autorisant une politique favorisant la recherche en médecine. Monsieur le président, lorsque je dis recherche, je parle de l'avancement des soins de santé.

Nous avons présentement un certain niveau de soins de santé, mais rien dans ce projet de loi ne dit vraiment que la politique devrait favoriser les soins de santé. Il y est dit que nous devrions les protéger, que cela est bon; il y est dit que nous devrions favoriser le bien-être des gens, le maintenir au niveau que nous connaissons présentement... au niveau actuel... et que nous devrions également restaurer la santé physique. Le projet de loi est muet sur l'avancement des soins de santé au pays; dans cette politique on ignore totalement cet aspect. Je pense que nous devrions au moins insérer le mot «avancement» à moins qu'il n'y ait un meilleur terme. L'avancement signifierait la poursuite de la recherche médicale, qu'on laisse de côté à mon avis, et c'est un problème auquel ce pays fait face présentement dans bien des aspects de la médecine. J'aimerais donc voir un amendement, un sous-amendement visant à insérer le mot «avancement» ou un autre mot comparable. Peut-être que le ministre voudra commenter.

M. Lachance: Un petit rappel au Règlement, monsieur le président. Le docteur Halliday peut soit proposer un sous-amendement ou s'il ne le fait pas...

M. Halliday: Alors j'aimerais proposer un sous-amendement...

M. Lachance: Vous devriez peut-être le faire alors.

M. Halliday: ... modifiant la ligne 9, qui se lirait comme suit:

... riser, faire progresser et améliorer le bien-être physique et...

Le président: Vous insérez donc les mots «faire progresser» avant le mot «favoriser»?

M. Halliday: Peu importe où cela se situera dans la phrase, mais c'est ce que je suggère d'insérer.

Le président: Très bien. Et vous avez parlé de votre... vous avez commenté votre amendement avant de le proposer.

M. Halliday: En effet.

Le président: Si vous voulez nous reviendrons à vous à la fin.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, au sujet du sous-amendement je n'en vois pas l'utilité d'une certaine façon, car pour moi le mot «favoriser» signifie... il ne signifie pas ce qu'a dit le docteur Halliday, qu'il s'agit simplement de maintenir le bien-être au niveau actuel. Favoriser signifie progresser, cela

[Texte]

was talking about in particular, no one would disagree with—the advancement of medical research. Except that we are not talking here about advancing the practice of medicine or research or anything like that in particular. We are talking about the physical and mental well-being of the residents of Canada. So even if Mr. Halliday were to get his subamendment there would still be nothing in there that would actually meet what he himself talked about when he was supporting his amendment.

Mr. Halliday: There is nothing in the Bill, I agree.

Mr. Blaikie: So I just do not see the point of it.

Mr. Halliday: Well, I just want to see it established as a policy.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I think if we put in the word "advance" then we are more in danger of changing the objective on second reading than we certainly were by deleting what was originally subclause (2). So for that reason I think at this juncture it would be very dangerous ground to approve the subamendment.

The Chairman: Is there any further discussion on the subamendment?

Subamendment negated.

The Chairman: We are back on the main amendment again.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, before we got mixed up in all this I did intend one amendment, which perhaps I will move now as a subamendment to the main motion which is now on the table. That subamendment is that line 11 in Clause 3 be amended to read:

... the physical, mental and social well-being of residents of Canada.

The Chairman: Could you speak to your subamendment?

Mr. Blaikie: This is one of a number of amendments, Mr. Chairman, which we intend to make here and there throughout the Bill, to broaden the understanding of well-being to include the larger context in which people live out their lives. We intend amendments like that for instance in the preamble as well.

If we are going to stick strictly to what is provided by medicare then what we should have in Clause 3 is physical well-being, because as Dr. Halliday pointed out himself, mental health care is not brought within the ambit of the Bill. So if all we are doing here is describing the various dimensions in which we understand well-being, I see no reason why we could not broaden the concept of well-being to include physical, mental and social well-being, because as so many

[Traduction]

signifie aller plus loin que là où nous sommes présentement. Tout le monde est d'accord sur les propos du docteur Halliday, soit l'avancement de la recherche médicale. Sauf que dans ce cas il n'est pas question de l'avancement de la pratique de la médecine ou de la recherche ou de quoi que ce soit de particulier. Il est question du bien-être physique et mental des habitants du Canada. Alors, même si l'amendement de M. Halliday est adopté il n'y aurait toujours rien dans cet article qui en fait corresponde à ce dont il parlait lui-même lorsqu'il a défendu son amendement.

M. Halliday: Je reconnais qu'il n'y a rien dans le projet de loi.

M. Blaikie: Alors, je n'en vois tout simplement pas l'utilité.

M. Halliday: Eh bien, je veux tout simplement que ce soit établi comme politique.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, à mon avis si nous incluons les mots «faire progresser» nous courons certainement un plus grand risque de changer l'objectif fixé en deuxième lecture que lorsque nous avons retranché ce qui était originalement l'alinéa (2). Pour cette raison, je pense qu'il serait très dangereux dans ces circonstances d'adopter le sous-amendement.

Le président: Y a-t-il d'autres observations sur le sous-amendement?

Sous-amendement défait.

Le président: Nous en sommes revenus à l'amendement principal.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, avant que nous nous soyons fourvoyés dans tout ceci, j'avais l'intention de proposer un amendement; je le proposerai peut-être maintenant comme sous-amendement à la motion principale dont nous sommes saisis. Ce serait que les lignes 9 et 10 de l'article 3 soient modifiées et se lisent comme suit:

... riser et d'améliorer le bien-être physique, mental et social des habitants du Canada.

Le président: Voulez-vous défendre votre sous-amendement?

M. Blaikie: Monsieur le président, il s'agit là d'un amendement parmi les nombreux que nous avons l'intention d'apporter ici et là dans le projet de loi, et qui visent à élargir la définition de bien-être afin d'y inclure le milieu au sens le plus large dans lesquels les gens vivent leur vie. Par exemple, nous avons l'intention de présenter de semblables amendements au préambule également.

Si nous devons nous limiter strictement à ce qui est offert par l'assurance-maladie, alors l'article 3 devrait parler de bien-être physique, car comme l'a souligné le Dr Halliday lui-même, la santé mentale n'est pas incluse dans les termes du projet de loi. Donc, tout ce que nous faisons ici c'est d'écrire les diverses dimensions de ce qu'est pour nous le bien-être, je ne vois aucune raison de ne pas élargir le concept du bien-être pour y inclure le bien-être physique, mental et social, car lors de leur

[Text]

witnesses have indicated to us when they came before us, and I think as we all know ourselves, really, health is not just a matter of purely physical or mental considerations. It is related to the larger context in which people live.

• 1230

Inserting the word "social" at this point would be one way of indicating that we understand that; that we do not have a narrow view of what well-being is. That is the intention of the amendment; and I do not think it has any consequences beyond that for the rest of the Bill. If it did, I would not move it.

The Chairman: Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

J'ai écouté les arguments de M. Blaikie, mais je dois dire qu'ils ne m'ont pas convaincu. Lorsqu'on parle du bien-être, en langage courant, il s'agit du bien-être physique ou mental. C'est une dénomination générale qui inclut habituellement le bien-être de l'ensemble d'un individu.

S'il fallait ajouter le mot «social», je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas parler aussi du bien-être intellectuel, du bien-être moral, du bien-être financier. Je crois que si l'on fait une énumération, on va ajouter beaucoup de confusion. L'idée de mon ami est excellente, mais dans le contexte actuel, le texte que nous avons actuellement est le plus sûr, le plus objectif et le plus complet possible, et je pense qu'on doit le garder tel quel. Je voterais donc contre le sous-amendement s'il était présenté.

Mr. Blaikie: I was just trying to be reasonable.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

I want to support the proposal Mr. Blaikie has made. Even though we have had difficulty with this clause because of what was originally said in the Bill and what the intention was and what the constitutional allowances were, nevertheless, since this is the statement of what Canadian health care policy is, I think even though it is not carried forward elsewhere in the Bill we should not be hesitant to state what we feel about Canadian health care policy.

I disagree with M. Marceau about including "physical" or "moral" or whatever. I think there is a big difference between those dimensions and the social dimensions of well-being. Social dimensions incorporate all those other things. That is without doubt the broadest definition you can have; and I would see that being included so that it is a general statement of what Canadian health care policy is trying to achieve.

I would have liked to have seen Dr. Halliday's amendment included, in the sense that again, I thought it gave a more positive thrust to what our health care policy should be; that we are always striving to advance and break through new barriers in health care policy. But certainly you cannot, I do not believe, make artificial distinctions between physical and

[Translation]

comparution, de nombreux témoins nous ont dit, comme nous le savons nous-mêmes je pense, qu'en fait la santé n'est pas uniquement une simple question de considération physique ou mentale. Elle est liée au milieu au sens le plus large dans lequel les gens vivent.

Une façon de montrer que nous comprenons cela ce serait d'insérer le mot «social» à cet endroit. Nous montrerions ainsi que nous n'avons pas une vue étroite de ce qu'est le bien-être. Voilà l'intention de cet amendement et je ne crois pas qu'il ait d'autre conséquence que celle-là pour le reste du projet de loi. Autrement, je ne l'aurais pas proposé.

Le président: Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

I have listened to Mr. Blaikie's argument, but I must say that they did not convince me. When we talk about well-being in everyday language it means the physical or mental well-being. It is a general denomination which usually includes the well-being of the individual as a whole.

If we were to add the word "social", I do not see why we could not also talk about the intellectual well-being, the moral well-being, the financial well-being. I think that we will add a lot of confusion by making an enumeration. My friend's idea is excellent, but in the present context, the text we presently have is even more reliable, and more objective and more complete as possible, and I think we should not change it. So if the subamendment is moved, I will vote against it.

M. Blaikie: J'essayais simplement d'être raisonnable.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Même si cet article nous a causé des difficultés à cause de ce qui était dit initialement dans le projet de loi, à cause de ce qu'était l'intention et à cause de ce qu'étaient les précautions constitutionnelles, néanmoins, comme il s'agit de la déclaration disant ce qu'est la politique canadienne de la santé, à mon avis, même si ce n'est dit nulle part ailleurs dans le projet de loi, nous ne devrions pas hésiter à déclarer nos sentiments vis-à-vis de la politique canadienne de la santé.

Je ne suis pas d'accord avec M. Marceau pour ce qui est d'inclure «physique» ou «moral» ou autre chose. À mon avis il y a une énorme différence entre ces dimensions et les dimensions sociales du bien-être. Les dimensions sociales comprennent toutes ces autres choses. Indiscutablement c'est la définition la plus large que l'on peut avoir et je verrais très bien que ce soit inclus de sorte que cela devienne une déclaration générale des objectifs visés par la politique canadienne de la santé.

J'aurais aimé voir l'inclusion de l'amendement du docteur Halliday, car à mon avis cet amendement donnait une orientation plus positive quant à ce que devrait être notre politique de la santé en insistant sur le fait que nous essayons toujours de progresser et de franchir de nouveaux obstacles dans ce domaine. Mais on ne peut certainement pas, à mon

[Texte]

mental and social well-being in this country. I would like to see it included.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, instead of Mr. Blaikie being unwilling to accept an amendment that would have advanced the cause of health care in Canada, I am willing to support his subamendment. I am going to support it.

Mr. Blaikie: Mine is more relevant.

The Chairman: It would be the intention of the Chair to adjourn until this afternoon after we get through this subamendment and the amendment, if possible fairly soon.

Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, it is on what Dr. Halliday has said on why "mental" should be included in this clause. Mental problems are treated in the general hospitals. Psychiatric care is not considered under medicare, but the mental state of the patient is a concern in talking about hospitals in general, and really in doctors' offices, and as such is included under medicare. That is the reason it exists in Clause 3.

• 1235

The Chairman: Thank you.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I was never suggesting—and I hope I was not misunderstood—that mental should be out of the primary objective of the Canadian health care plan. I want it in, and I am prepared to accept this subamendment to Mr. Blaikie's, too. I was just pointing out that although it is in the general policy unfortunately this Bill does not deal with it.

The Chairman: The Chair has some reservations.

Order, please.

The Chair has some reservations as to whether the subamendment extends the meaning of the clause substantially, but I am going to put it to a vote in any event.

Subamendment negatived.

Amendment agreed to.

The Chairman: I propose that we adjourn until 3.30 this afternoon.

AFTERNOON SITTING

• 1542

The Chairman: Order, please. We will continue the consideration of Bill C-3, the Canada Health Act. I am informed that we have to carry Clause 3, as amended, as the first item of business before going on to Clause 4. Shall Clause 3, as amended, carry?

[Traduction]

avis, faire de distinctions artificielles entre le bien-être physique, mental et social dans ce pays. Je voudrais que cela soit inclus.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, contrairement à M. Blaikie qui n'a pas voulu accepter un amendement qui aurait fait progresser la cause des soins de santé au Canada, je suis prêt à appuyer son sous-amendement. Je vais donc l'appuyer.

M. Blaikie: Le mien est plus pertinent.

Le président: La présidence a l'intention de lever la séance jusqu'à cet après-midi lorsque nous aurons terminé de ce sous-amendement et de cet amendement, si possible dans très peu de temps.

Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, c'est au sujet des propos du docteur Halliday au sujet de l'inclusion du mot «mental» dans cet article. Les problèmes mentaux sont traités dans les hôpitaux généraux. L'assurance-maladie ne vise pas les soins psychiatriques, mais l'état mental du patient est une préoccupation lorsqu'il s'agit des hôpitaux en général et en fait même dans les bureaux de médecins, et comme tel cela relève de l'assurance-maladie. C'est la raison de son inclusion à l'article 3.

Le président: Merci.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, j'espère ne pas avoir été mal compris, mais je n'ai jamais suggéré que l'aspect mental ne devrait pas être un premier objectif de la politique canadienne de la santé. Je veux que ce le soit et je suis prêt également à accepter ce sous-amendement de M. Blaikie. Je signalais simplement que quoique c'était inclus dans la politique générale, le projet de loi, malheureusement, n'en traite pas.

Le président: Le président a certaines réserves.

A l'ordre, s'il vous plaît.

Le président a certaines réserves quant à savoir si le sous-amendement élargit la signification de l'article, mais je vais quand même le mettre aux voix.

Sous-amendement défait.

Amendement adopté.

Le président: Je propose que nous levions la séance jusqu'à 15h30 cet après-midi.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous reprenons l'examen du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. On me fait savoir qu'avant de passer à l'article 4, nous devons adopter l'article 3 modifié. L'article 3 modifié est-il adopté?

[Text]

Clause 3 as amended agreed to.

On Clause 4—*Purpose of this Act*

The Chairman: We have received notice of a proposed amendment, G-9. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Do you want to introduce it now, or do you want the Minister to comment?

The Chairman: I think, perhaps, if you would move it.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move an amendment to Clause 4, G-9. It is that Clause 4 of Bill C-3 be amended by striking out lines 23 to 27 on page 5 and substituting the following:

The purpose of this Act is to establish criteria

and the comparable French translation.

An Hon. Member: Or wording.

The Chairman: Are there any comments on the amendment to Clause 4?

Mr. Epp: We have the Minister's explanation.

The Chairman: Madam Minister, do you have some comments on the proposed amendment to Clause 4?

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman. Rapidly, I simply add, for your information, that I believe this is a clean-up amendment, in the sense that if you think of why the Bill exists, the purpose of the Bill is to set the conditions to have the transfer payments take place. The original text was trying, it seems to me, to do too many things that do not belong to that paragraph.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, this might surprise you and the Minister: I agree with her totally that this should be the purpose of the Bill. Could I ask the Minister whether she intends to change the title of the Bill, now that she has changed the purpose to the real purpose?

Madam Bégin: No, I did not see that there was . . .

The Chairman: Mr. Epp, we will get to the title later on, but if the Minister wants to answer she can.

Mr. Epp: Mr. Chairman, what the Minister intends to do . . . Clause 4, before, was the purpose and is still retained as such, but it is important that we understand what the Parliament of Canada voted for and what this committee has been studying. What Clause 4, in its original form, states is that:

4. The purpose of this Act is to advance the objectives of Canadian health care policy, while recognizing the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services, by establishing criteria

[Translation]

L'article 3 modifié est adopté.

Article 4—*Raison d'être.*

Le président: Nous avons été avisés d'un amendement. Il s'agit de l'amendement G-9. Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Aimerez-vous que je vous le lise tout de suite, ou préféreriez-vous entendre les commentaires du ministre?

Le président: Je pense que ce serait bien que vous proposiez la motion.

M. MacLellan: Monsieur le président, j'aimerais proposer un amendement à l'article 4. Il s'agit de l'amendement G-9. Je propose que l'article 4 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, aux lignes 20 à 26, page 5, de ce qui suit:

La présente loi a pour raison d'être d'établir des conditions d'octroi et de versement du
avec la traduction.

Une voix: Ou libellé correspondant.

Le président: Quelqu'un souhaite-t-il faire des commentaires au sujet de cet amendement à l'article 4?

M. Epp: Nous avons eu les explications du ministre.

Le président: Madame le ministre, auriez-vous des commentaires à faire au sujet de cet amendement?

Mme Bégin: Merci, monsieur le président. J'aimerais ajouter rapidement, pour votre gouverne, que cet amendement est à mon sens un amendement de mise au propre, de simplification, car l'objet du projet de loi est bien d'établir les conditions dans lesquelles ces paiements de transfert doivent être effectués. Il m'avait semblé que le texte initial essayait de faire trop de choses, et qu'une bonne partie de ces choses n'avait aucune raison de figurer dans ce paragraphe.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, ce que je vais dire va sans doute vous surprendre, vous et le ministre: Je suis tout à fait d'accord avec elle pour dire que c'est bien là l'objet du projet de loi. Puis-je vous demander, madame le ministre, puisque vous avez maintenant changé le texte explicatif sur la raison d'être du projet de loi pour le faire coïncider avec l'objet réellement visé, avez-vous l'intention de changer également le titre du projet de loi?

Mme Bégin: Non, je ne voyais pas de . . .

Le président: Monsieur Epp, nous reviendrons plus tard sur le titre, mais si le ministre souhaite répondre, elle le peut.

M. Epp: Monsieur le président, ce que le ministre compte faire . . . L'article 4 a toujours porté sur la raison d'être du projet de loi, cela n'a pas changé; mais il est important que nous comprenions ce sur quoi le Parlement canadien a voté et ce que le Comité étudie depuis le début. L'article 4, dans son libellé initial, disait:

4. La présente loi a pour raison d'être de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé, compte tenu de la compétence première des provinces en ce

[Texte]

and the clause continues.

If you take the area the Minister wants to delete and you go back to the preamble clause, you will find words very similar to the words that she now feels should be deleted in Clause 4. When you take a look at the matter, it is to advance the objectives of the Canadian health care policy. Then, if you look at another amendment, which we have not, as yet, moved, which has not been numbered yet. I think it is the preamble.

• 1545

You will find that in G-28 the same words, namely that it is not the intention of the government to move into provincial territory or provincial jurisdiction, will then be included in the preamble, which I think makes sense; but the preamble is also then going to be changed. So what we are facing here in Clause 4 is that the Minister finally is stating what a lot of us have always said the Bill only intended to do. But the gift-wrapping that she put around the Bill was different from the contents of the Bill.

I will not repeat the arguments we made this morning, Mr. Chairman, because the arguments are similar, obviously. When we looked at the amendments to Clause 3 we put Clause 3 and 4 together for purposes of the discussion, so I do not want to use the time of the committee. I simply say again, Mr. Chairman, that the arguments I made this morning stand. I wonder if you have any opinion from your clerks about the admissibility of the amendment on Clause 4. I simply repeat that what we are facing here is not a proposed Canada Health Act; we are facing in fact criteria for the transference of moneys from the federal government to the provincial government if certain sections of the EPF are followed and observed.

The Chairman: Mr. Epp, we were in a way discussing Clauses 3 and 4 together this morning for procedural purposes, as you have indicated, and my ruling on Clause 4 would be the same as on 3.

Mr. Epp: May I ask the question, do you have from the clerks a similar opinion on Clause 4 on inadmissibility as you had for 3?

The Chairman: Not on inadmissibility, Mr. Epp, but on a matter of being of some question; if there is some question, we should come down on behalf of the person submitting the amendment.

Mr. Epp: Could you be more specific when you talk about "some question"? In what form was that "some question" taken?

The Chairman: There was the question just of the whole general purposes of the Bill, I think, as I discussed this morning. I would get my notes out again, but I do not think it

[Traduction]

qui concerne la prestation des services de santé, en établissant des conditions . . .

et le texte se poursuit.

Si vous prenez la partie que le ministre souhaite supprimer, et si vous vous reportez au préambule, vous y trouverez des formules qui ressemblent de très près à ce que le ministre souhaite maintenant supprimer dans l'article 4. Il s'agit de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé. Mais si vous prenez un autre amendement, que nous n'avons pas encore proposé, car il n'a pas encore été numéroté . . . Je pense qu'il s'agit du préambule.

Dans l'amendement G-28, vous trouverez que les mêmes mots, à savoir que le gouvernement n'a pas l'intention d'empiéter sur un territoire ou sur un domaine de compétence provinciale, seront inclus dans le préambule, ce qui me paraît tout à fait logique; mais cela signifie que le préambule devra être amendé. Dans ce nouvel article 4, le ministre déclare enfin ce que bon nombre d'entre nous disent depuis toujours sur la seule et vraie raison d'être du projet de loi. L'emballage-cadeau dont elle avait entouré le bill était très différent de son contenu.

Monsieur le président, je ne vais pas reprendre les arguments que nous avons avancés ce matin, mais il est évident que les arguments seraient les mêmes dans ce cas-ci. Lorsque nous avons examiné les amendements proposés à l'article 3, nous avons réuni les articles 3 et 4 aux fins de discussion. Je ne vais donc pas gaspiller le temps du Comité. Je souhaite tout simplement répéter, monsieur le président, que je maintiens les arguments que j'ai avancés ce matin. J'aimerais par ailleurs savoir si les greffiers se sont penchés sur l'admissibilité de l'amendement proposé à l'article 4. Je le répète, il ne s'agit pas ici d'une Loi canadienne sur la santé, mais plutôt de critères pour le transfert de certaines sommes d'argent du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, à condition que soient observés certains éléments du Financement des programmes établis.

Le président: Monsieur Epp, nous avons en effet discuté ensemble des articles 3 et 4 pour des raisons de procédure, et ma décision au sujet de l'article 4 serait la même que pour l'article 3.

M. Epp: Au sujet de la question de l'inadmissibilité, les greffiers ont-ils rendu la même décision pour l'article 4 que pour l'article 3?

Le président: Non, pas pour l'inadmissibilité, monsieur Epp, ils ont tout simplement dit qu'il pouvait y avoir certaines questions; mais s'il y avait des questions, nous pencherions du côté de la personne qui a proposé l'amendement.

M. Epp: Pourriez-vous me dire ce que vous entendez par «certaines questions»? Quelle forme auraient pris ces «certaines questions»?

Le président: Il s'agissait, je pense, de la question de la raison d'être du bill, dont nous avons discuté ce matin. Je suis prêt à ressortir mes notes, mais je ne pense pas que ce soit

[Text]

is really necessary. It is a general question as to just what the purposes of the Bill are and that sort of thing.

Mr. Epp: Am I correct, then, in understanding from those statements, Mr. Chairman, that the opinion which you received for Clause 3 and which you stated or gave to the committee this morning is essentially the same for Clause 4?

The Chairman: Yes, Mr. Epp. The opinion actually was written for Clauses 3 and 4 together.

Mr. Epp: Thank you. Well, the arguments again stand as I gave them this morning, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you have any comments on this clause?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think there is some truth to the argument that the changes that are being wrought in Clauses 3 and 4 do make those clauses conform more closely to the limitations of the Bill, and whether or not at the appropriate time we want to consider the appropriateness of the suggested title of the Bill I think is something we can do at that point.

The Chairman: Thank you.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I would want to repeat much as Mr. Epp has, that I still have the same concerns about Clause 4 as I had this morning when I was talking on Clause 3 but relating the changes that we saw coming in 4 to Clause 3—and I am not going to waste the committee's time by going through my same arguments. Obviously there has been a dramatic change in the purpose of the Bill.

But the other question I wanted to ask you, or through you to the Minister, is that the Minister herself earlier this morning, and repeatedly last week when we saw her, or I guess it was earlier this week, said that the real purpose of this Bill was to consolidate two pre-existing Acts. There is nothing in this statement here about the purpose to suggest the consolidation of Acts. I think that is another shortcoming, because she says one thing to us—and it was not a slip of the tongue, because we have heard it many, many times—that the purpose is to consolidate those other two Acts. I cannot possibly read that into the purpose of the Bill as it is contained in Clause 4.

The Chairman: Dr. Halliday, the Minister has left the table for the moment.

Does the Parliamentary Secretary have any comments?

• 1550

Mr. MacLellan: First, Mr. Chairman, I would like to know if the Chair is considering, as they did with Clause 3, that there may be a problem in dealing with this. We dealt with this question this morning, and I would think the same argument should be applied.

[Translation]

vraiment nécessaire. La question porte tout simplement sur l'objet du bill, et autres choses du genre.

M. Epp: Dois-je en déduire, monsieur le président, que l'opinion que vous avez reçue relativement à l'article 3 et que vous avez annoncée au Comité ce matin serait essentiellement la même pour l'article 4?

Le président: Oui, monsieur Epp. Cette opinion ou décision a en fait été rédigée pour les articles 3 et 4.

M. Epp: Merci. Quoi qu'il en soit, je maintiens les arguments que j'ai avancés ce matin, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie, avez-vous des commentaires à faire au sujet de cet article?

M. Blaikie: Monsieur le président, je pense qu'il y a du vrai dans l'argument selon lequel les changements apportés aux articles 3 et 4 les rendront plus conformes aux limites du bill. Quant à la justesse du titre, je pense que nous pourrions nous prononcer là-dessus en temps et lieu.

Le président: Merci.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Mes propos vont rejoindre ou reprendre beaucoup de ce que vient de dire M. Epp. Les questions que je me pose au sujet de l'article 4 sont les mêmes que celles dont j'ai fait état ce matin relativement à l'article 3, mais je ne voudrais pas gaspiller le temps du Comité en reprenant ces mêmes arguments. Il est évident que des changements très importants ont été apportés à la raison d'être même du projet de loi.

Mais l'autre question que je voulais vous poser, ou plutôt poser au ministre, c'est que le ministre a elle-même déclaré ce matin, et elle a répété cela plusieurs fois la semaine dernière lorsque nous l'avons rencontrée, ou peut-être que c'était au début de cette semaine... quoi qu'il en soit, elle a à maintes reprises dit que l'objet réel de ce projet de loi était de refondre deux lois déjà existantes. Or, l'énoncé que vous nous proposez ne fait aucunement état de ce projet de refonte des deux lois. C'est là une autre faille, car elle nous dit une chose—et sa langue ne lui a pas fourché, car on a entendu ça à maintes reprises—à savoir que l'objet de cette loi est de refondre les deux autres, mais elle en fait une autre. En effet, je ne vois rien du tout à ce sujet dans l'article 4 qu'on nous propose.

Le président: Monsieur Halliday, le ministre a quitté la table pour quelques instants.

Le secrétaire parlementaire aurait-il des commentaires à faire à ce sujet?

M. MacLellan: Tout d'abord, monsieur le président, j'aimerais savoir si vous considérez, comme dans le cas de l'article 3, qu'il se peut qu'il y ait un problème. Nous avons discuté de cette question ce matin, et j'imagine que le même argument pourrait être utilisé.

[Texte]

The Chairman: Mr. MacLellan, excuse me. The ruling has been made now with respect to Clause 4 on the same basis as Clause 3 as far as the procedural argument is concerned. That ruling has been made, so we are discussing the substance of the amendment. That clause is amended and . . .

Mr. MacLellan: No, I have nothing, then.

The Chairman: Do you have any comments on Dr. Halliday's statement?

Mr. MacLellan: Unless Dr. Law has. The Minister has just stepped out.

The Chairman: Perhaps, Dr. Halliday, you might repeat a little bit of what you said.

Mr. Halliday: I am not trying to be confrontational, but just to pick up on what the Minister has told us this morning earlier and many times when we have heard her in the past, she would repeat several times in the same sitting of this committee that really the simple purpose of this Bill C-3 was to consolidate the two previous Acts, the HIDS Act and the Medical Care Act. I understood that, and it made sense. But we see nothing about that in the Bill itself. There is no mention of that in the Bill, and that was the purpose of the Bill, obviously.

The Chairman: Mr. Lachance, do you have any comments?

Mr. Lachance: I do not know if it is worth it for me to answer that, but there is, yes. Clause 32 spells out:

32. The Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act are repealed.

So that expresses precisely what you just asked. It is said that it is a new Bill which repeals the two other Acts. It is expressed.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I accept Mr. Lachance's expertise in legal matters, but it seems to me that should be mentioned somewhere here in Clause 4, which is dealing with the purpose. Why do we not mention that what we are trying to do is consolidate those two Acts?

Mr. Lachance: Because that is what it is. By repealing the two previous ones, this new Bill will be the new Canada Health Act which replaces the two others. You do not have to say it because that is what it is. I do not really understand the argument, Mr. Chairman, I am sorry.

Mr. Halliday: I understand what Mr. Lachance is saying, but for most of us, I think it would have made much more sense if that had been included in Clause 4 here. You might say that the purpose of this Bill is to consolidate those other two existing Acts by establishing criteria. You would not have to . . .

Mr. Lachance: Mr. Chairman, you cannot do that, because by this Bill those two previous Acts do not exist any more. So

[Traduction]

Le président: Excusez-moi, monsieur MacLellan, mais la décision vient d'être prise relativement à l'article 4. Elle est la même que pour l'article 3, pour ce qui est de l'argument relatif à la procédure. Cette décision ayant été prise, nous discutons maintenant du fond de l'amendement. Cet article a été modifié et . . .

M. MacLellan: Dans ce cas, je n'ai rien à ajouter.

Le président: Auriez-vous des commentaires à faire au sujet de la déclaration de M. Halliday?

M. MacLellan: Non, à moins que M. Law n'en ait. Le ministre vient tout juste de sortir.

Le président: Monsieur Halliday, vous pourriez peut-être reprendre ce que vous venez de dire.

M. Halliday: Je ne veux pas me lancer dans une polémique, mais j'aimerais revenir sur ce que le ministre nous a dit ce matin, chose qu'elle a d'ailleurs répétée à maintes reprises par le passé . . . Elle a dit plusieurs fois pendant nos audiences que l'objet du projet de loi C-3 était de refondre la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. J'avais compris cela, et cela me paraissait logique. Mais je ne trouve rien de tout ça dans le projet de loi. Le projet de loi n'en fait aucunement état, mais c'était là, très clairement, l'objet même du projet de loi.

Le président: Monsieur Lachance, avez-vous des commentaires à faire?

M. Lachance: Je ne sais si cela en vaut la peine, mais j'aurais en effet quelque chose à dire à ce sujet. L'article 32 dit ce qui suit:

32. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux sont abrogées.

Cet article prévoit expressément ce que vous venez de demander qu'on insère dans le projet de loi. Il est dit en toutes lettres qu'il s'agit d'un nouveau projet de loi qui remplace les deux autres lois. C'est clairement exprimé.

M. Halliday: Monsieur le président, j'accepte l'expertise de M. Lachance en matière de questions juridiques, mais il me semble que cela devrait figurer quelque part dans l'article 4 qui traite justement de la raison d'être du projet de loi. Pourquoi ne pas faire état du fait que ce que nous essayons de faire, c'est regrouper ces deux lois?

M. Lachance: Parce qu'il s'agit justement de cela. Ce projet de loi, en abrogeant les deux lois précédentes, créera une nouvelle Loi canadienne sur la santé qui remplacera les deux autres. Il n'est pas nécessaire de le dire, car cela va de soi. Je regrette, monsieur le président, mais je ne comprends vraiment pas l'argument qui vient d'être avancé.

M. Halliday: Je comprends ce que vient de dire M. Lachance, mais aux yeux de bon nombre d'entre nous, il serait plus logique que cela figure également dans l'article 4. L'on pourrait par exemple dire que la présente loi a pour raison d'être de regrouper ces deux autres lois existantes en établissant des critères. Il ne serait pas nécessaire de . . .

M. Lachance: Monsieur le président, vous ne pouvez pas faire cela, car si ce projet de loi est accepté, ces deux autres

[Text]

you do not consolidate something which does not exist. By passing this Bill, those two Acts do not exist any more. This is why you have a new Bill, to do what the two previous Acts did. This is why you do not need to say it, and actually, if you were to say it you would refer to something which does not exist any more.

So I would submit that the fact that it is a consolidation has been expressed repeatedly. It is expressed in Clause 32 of the Bill, and there is no need in the purpose of the Bill to repeat what is actually in Clause 32.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Essentially, it is the same as Mr. Lachance has said, Mr. Chairman. It is not a factor on the Bill to deal with other legislation. It does state in Clause 32, as Mr. Lachance says, that the other two Acts will be repealed, and anything further is not a factor for the body of the legislation itself.

In the citation on the first page, it says: "An Act relating to . . ." and so on. Then it says: "in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof". That flags it, and that is a convenience. That is done as a convenience, and there is no obligation, in fact, to state in the body of the Bill the reference to past legislation. That would be cumbersome. I think the convenience has been met and nothing further is required.

The Chairman: Dr. Halliday, I gather this is probably the usual way these Bills are done, with this type of wording.

Mr. Halliday: I will accept that, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

I do not want to appear at odds with my colleague but I want to simply say that the amendment addresses the issues with which we were all confronted and the concerns of the Minister much more directly, more simply, than was originally done. Quite frankly, I do not know what the reason of the government was when they addressed those two issues as they have.

• 1555

I suggest to this committee that they were misleading; they induced a whole number of representatives and witnesses to come before this committee to address issues with respect to medicare, the medical system, and we spent a lot of time, perhaps wasted time, because if they had been able to see this Bill as it is now being presented to us, they would have known there were only two issues they had to address.

Do not stop me, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Reid, I rarely stop you.

[Translation]

lois n'existeront plus. On ne peut pas regrouper quelque chose qui n'existe plus. Et en adoptant ce projet de loi, ces deux autres lois ne seront plus. C'est pourquoi il faut avoir un nouveau projet de loi, justement pour faire ce que les deux autres lois faisaient auparavant. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de le dire, et d'ailleurs, si vous le disiez, vous feriez état de quelque chose qui n'existerait plus.

C'est pourquoi il me semble qu'il a déjà été dit à plusieurs reprises qu'il s'agit d'une refonte. C'est justement ce que dit l'article 32, et je ne vois pas pourquoi il faudrait répéter ailleurs dans le texte du projet de loi ce que dit cet article.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Ce que j'aurais à dire rejoint essentiellement les propos de M. Lachance, monsieur le président. Le projet de loi n'a pas pour objet de traiter d'autres lois. Mais l'article 32 dit bien, comme l'a expliqué M. Lachance, que les deux autres lois seront abrogées, et c'est tout ce qui compte dans le contexte de ce projet de loi.

On lit, à la première page: «Loi concernant . . .» etc., et plus loin: «pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence». C'est clair, et c'est simple. On a opté pour cette formule pour simplifier les choses, car il n'est aucunement nécessaire de faire état dans le corps du projet de loi de lois antécédentes. Ce serait trop compliqué. Je pense que les choses ont été faites simplement et que rien d'autre n'est nécessaire.

Le président: Monsieur Halliday, d'après ce que j'ai compris, c'est la façon habituelle de présenter ces projets de loi. On utilise ce genre de formule.

M. Halliday: J'accepte ce que vous me dites, monsieur le président.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président.

Je ne voudrais pas donner l'impression de ne pas être d'accord avec mon collègue, mais je tiens à dire que l'amendement énonce plus directement et plus simplement que ne le faisait le texte initial, les questions auxquelles nous étions tous confrontés et les préoccupations du ministre. Et je vous dirai bien franchement que je ne sais pas pourquoi le gouvernement a abordé ces deux questions de cette façon.

Je pense qu'ils nous ont induits en erreur: ils ont leurré tout un tas de représentants et de témoins qui sont venus comparaître devant le Comité pour parler de questions relatives à l'assurance-maladie, au système de soins de santé, etc, et nous avons passé ou peut-être gaspillé énormément de temps, car s'ils avaient pu voir ce projet de loi dans son libellé actuel, tel qu'il vient de nous être présenté, ils auraient su qu'il n'y avait que deux seules questions sur lesquelles ils avaient à se prononcer.

Ne m'interrompez pas, monsieur le président.

Le président: Monsieur Reid, je vous interromps rarement.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): I want to say that there is a distinct change in the emphasis now placed on Clause 4. The original version of the purpose in Clause 4:

4. The purpose of this Act is to advance the objectives of Canadian health care policy, . . .

And then it goes on with a whole lot of terminology thereafter. But anybody reading the English version of the text knows that the beginning line is the key line, and the purpose was to address and advance the objectives of the health care policy.

Now, the Minister comes in after some persuasion that at this stage, following the second reading of the bill, it is going to be stripped of all that verbiage; that whatever the witnesses addressed before is not going to be addressed at any time, because there is no other opportunity for us to consider those problems they have raised with respect to the health care system. And now the purpose of this Act is to establish criteria, which it should have been in the first place.

My only question, if it is a matter of question, is why in the world did they do that? Why in the world did they deceive the witnesses? Why in the world did they waste all the time of this committee?

The Chairman: That may be a rhetorical question, Mr. Reid, but that is fine.

Mr. Reid (St. Catharines): But that is it.

The Chairman: That is right.

Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I beg to differ with my good friend, Mr. Reid, who is a gentle man and a gentleman, which is why I say I beg to differ. I mean, I do not think one can say there was a loss of time on the part of the committee or the people who came before the committee. I think that is a bit deceiving for all those people who took the trouble to look at this Bill and make all kinds of comments—to refine the bill, to amend some sections of it—by only saying that some words have been removed.

I agree, there is a change, but it does not change the fact that those people came for one of two purposes. One purpose was to comment on the Bill itself, either to agree or to disagree or to suggest some changes, and that is still valid, and all of them did that; or for some others to say that this is only a first step and there are other aspects of health care that will have to be addressed somehow, either in this Bill or in another fashion. That is still valid, and those views are still valid.

It was no loss of time for those people to have come here to express those views, those concerns, those objectives, those hopes. They are on the record, and they are there for everyone to see; and we still hope, and I think the Minister said that in her remarks on Tuesday, to address those hopes, those objectives somehow; maybe not in this Bill, but through a

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Ce que j'aimerais dire, c'est que l'article 4 met maintenant l'accent sur quelque chose de tout à fait différent. La version initiale de cet article disait:

La présente loi a pour raison d'être de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé . . .

Et cela se poursuit avec tout un tas d'autres choses. Mais quiconque lit la version anglaise du texte sait que c'est la première ligne qui est la ligne clé, et que l'objet du projet de loi c'est de favoriser la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé.

Voici que le ministre nous annonce, après beaucoup de persuasion, et après la deuxième lecture du bill, que le texte va être épuré, que tout ce dont ont fait état les témoins ne pourra pas être examiné, car nous n'aurons pas d'autres occasions d'examiner les problèmes qu'ils ont soulevés relativement au système de soins de santé. Voici que maintenant l'objet de ce projet de loi, c'est d'établir des critères, comme cela aurait dû être le cas dès le départ.

Ma seule question est la suivante: pourquoi donc ont-ils fait cela? Pourquoi ont-ils induit en erreur les témoins? Pourquoi ont-ils gaspillé tout le temps du Comité?

Le président: Votre question est peut-être un peu rhétorique, monsieur Reid, mais cela ne pose aucun problème.

M. Reid (St. Catharines): Mais c'est bien cela.

Le président: Vous avez raison.

Monsieur Lachance.

M. Lachance: Je me permets de ne pas partager l'avis de mon ami, M. Reid, qui est un gentil homme et un gentil-homme, et c'est pourquoi je dis que je me permets de ne pas partager son opinion. Je ne pense pas que le Comité, que les personnes qui sont venues comparaître devant lui aient perdu leur temps. Mais je pense que ce n'est pas juste à l'égard de ces personnes qui se sont donné le mal d'examiner le projet de loi et de faire toutes sortes de commentaires . . . de simplifier le projet de loi, d'en amender certains articles . . . disons seulement que certains mots ont été supprimés.

Je conviens qu'il y a eu un changement, mais cela ne change rien au fait que ces personnes sont venues pour l'une de deux raisons précises. Premièrement, pour donner leur avis sur le projet de loi lui-même, pour dire qu'ils étaient d'accord ou pas d'accord ou pour proposer certains changements. Ce travail est toujours valable, et c'est ce qu'ils ont tous fait. D'autres ont dit que c'était une première étape, et qu'il y avait d'autres aspects des soins de santé sur lesquels il faudrait se pencher, dans le cadre de ce projet de loi ou autrement. Ce travail-là est lui aussi toujours valable, comme le sont les points de vue exprimés.

Ce n'aurait pas été une perte de temps pour ces personnes qui sont venues ici exprimer leur point de vue, leurs préoccupations, leurs objectifs et leurs espoirs. Tout cela a été enregistré, et tout le monde peut lire le procès-verbal. D'ailleurs, nous espérons toujours examiner de plus près ces espoirs et ces objectifs, et il me semble que le ministre en a justement fait état mardi. Nous allons peut-être pas pouvoir le faire dans le

[Text]

machinery that could be established for those views to be aired.

So to say that it is a loss of time for those people to have come here, when I think of all the work we have all put into this committee with hearing all those people, and all the trouble they took in presenting their views, I do not think it is fair for us and for them to say that we lost our time. I personally resent that, Mr. Chairman.

Mr. Reid (St. Catharines): On a point of order, Mr. Chairman. I just want to make . . .

The Chairman: I will hear you on debate, Mr. Reid. Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): The situation, Mr. Chairman, was clearly this. The Minister, as of this week, has clearly indicated that she is not prepared to enter into an expansion of the medicare system or add to the burdens of the provinces.

When I say that the witnesses have been deceived, we have emphasized over and over again that those persons who appeared before us almost immediately jumped over the user fee and the extra-billing provisions and got into an expression of concerns with respect to the needs of medicare. And they were led to believe there would be an early opportunity at this federal government level when consideration would be given to addressing those needs. But now we are told clearly—we are told clearly that that opportunity will not come at this level, that really it is the responsibility of the provinces for the delivery of those medical services and we are not going to expand on them. And I am suggesting to you, sir, with the greatest respect, Mr. Chairman, that if these words had been phrased as they now are we would not have had those witnesses appearing before us and expressing those concerns, as they did, and we would not have let them go away with the kind of impression that phase two would soon follow when we, as a committee, or this department, would enter into discussions with respect to the needs they had addressed.

• 1600

I leave it at that. I know the position the Chair is in. I suggest to you, sir, as an objective, conscientious Chairman, that when you look at the provisions of Beauchesne and you look at the term of change, substantial as it is, the ruling might be different.

The Chairman: Well, Mr. Reid, the ruling has been made and I am sure you are not trying to challenge it now.

Mr. Reid (St. Catharines): I agree with that.

The Chairman: I will hear some other people briefly on Clause 4, as amended. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I agree with the ruling that you made this morning. Supposing that what Mr. Reid says is true—which I do not agree with—what you are saying is that any witness who comes before this committee has got to address the Bill as it is presented to them, or as they imagine it

[Translation]

contexte de ce projet de loi, mais nous pourrions recourir à un autre mécanisme qui pourrait être établi pour que ces points de vue soient exprimés et diffusés.

Dire que ces gens ont perdu du temps en venant ici, étant donné tout le travail que nous avons fait et tout le mal que ces personnes se sont donné . . . je ne pense pas qu'il soit juste de dire que nous avons tous gaspillé notre temps. Personnellement, il me contrarie beaucoup d'entendre cela, monsieur le président.

M. Reid (St. Catharines): J'invoque le Règlement, monsieur le président, j'aimerais tout simplement . . .

Le président: Allez-y, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): La situation, monsieur le président, était très clairement la suivante: cette semaine, le ministre a clairement indiqué qu'elle n'était pas prête à envisager un élargissement du système d'assurance-maladie ni à alourdir le fardeau des provinces.

Lorsque je dis que les témoins ont été induits en erreur, je songe au fait que nous avons souligné plusieurs fois que les personnes qui ont comparu devant nous ont presque tous effleuré les questions des frais modérateurs et de la surfacturation pour se lancer dans une litanie de préoccupations et d'inquiétudes relativement aux besoins en matière d'assurance-maladie. Et on les a amenés à croire que le gouvernement fédéral pourrait sous peu examiner tous ces besoins. Or, on nous dit maintenant très clairement que nous n'aurons pas cette occasion à ce niveau-ci, qu'en fait c'est aux provinces qu'il revient d'assurer ces services médicaux, et que nous n'allons pas les élargir. Sauf votre respect, monsieur le président, j'estime que si l'article initial avait été libellé de cette façon, les témoins que nous avons entendus n'auraient pas comparu devant le Comité pour nous parler de leurs préoccupations; nous ne leur aurions pas donné l'impression qu'il y aurait bientôt une deuxième étape et que le Comité ou le ministère entreprendraient de discuter de leurs besoins.

Voilà, c'est tout ce que j'ai à dire. Je comprends la situation dans laquelle le président se trouve. Vous êtes un président objectif et consciencieux et il se peut que, lorsque vous consulterez le Beauchesne, vous constatiez que l'amendement que l'on propose est un amendement de fond.

Le président: Ma décision est prise, monsieur Reid, et je sais que vous ne cherchez pas à la remettre en question.

M. Reid (St. Catharines): Bien sûr que non.

Le président: Il y en a d'autres qui ont des observations à faire au sujet de l'article 4 tel que modifié. Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Même en admettant que M. Reid a raison—et, pour ma part, je ne l'admets pas—vous dites que les témoins qui comparaissent devant le Comité doivent faire en sorte que leurs interventions portent sur le bill lui-même, ou

[Texte]

to be, and not with what they expect it should be or dealing with the . . .

Mr. Reid (St. Catharines): Oh, but it was.

Mr. MacLellan: No, no. That is the consistency which remains in that regard, that we are dealing with health care in Canada. That is the matter which they addressed and I think it is unreasonable to expect any witness to address almost word for word in their appearances the Bill as they imagine it to be or as they interpret it at that particular time, because it would reduce the scope and the usefulness of witnesses considerably.

The Chairman: Well, the discussion is about the importance of the witnesses, which I agree is very important. I do not think we should spend a lot of time on it, but I have a couple more people who would like to say a few words. Mr. Marceau.

M. Marceau: Monsieur le président, brièvement, je ne crois pas que M. Reid soit juste quand il dit que le ministre a fait des déclarations surprenantes et nouvelles. Le ministre a toujours dit que le but était d'éliminer la surfacturation et les frais aux usagers. Les témoins qui sont venus ici le savaient; ils ont profité de ce forum-là pour expliquer leurs besoins, leurs préoccupations, leur désir de voir les choses modifiées. Mais jamais le ministre n'a dit autre chose que ce qu'elle nous répète depuis le début; c'est quasiment un disque qui tourne toujours au même endroit. Il n'y a rien de surprenant. Je ne sais pas s'il est possible qu'on ne l'ait pas comprise. Peut-être aurait-elle dû le répéter encore plus souvent, parce qu'elle a toujours eu les mêmes objectifs. J'ai été très heureux de constater que les observations des témoins étaient très positives. Je ne voudrais pas m'associer aux propos de M. Reid, qui est un homme très sensé, mais qui, dans ce cas-là, n'en a pas fait la preuve. Je suis même étonné parce que c'est un homme qui fait habituellement des remarques pertinentes.

Merci, monsieur le président.

The Chairman: Mr. Blaikie please.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just with regard to the worthwhileness of what went on before we got to this stage. I think it might be a funny way to come to a defence of the Minister on this, but I think it is fair to say that she has been consistently closed-minded about this, that her wanting to shut off a larger consideration of health care issues by amending Clauses 3 and 4 is not something new; I remember asking her in the House prior to the introduction of the Bill whether or not she would consider initiatives in preventive health care at the same time as the Canada Health Act and she said at that time that she regarded this as within the purview of the Provinces and that there would not be anything forthcoming in that area. So I think witnesses knew, but hoping against hope and in spite of what they knew about the Minister they came forward in the hope that the Bill might be expanded in a concrete way to meet some of their hopes and to be consistent with some of the flowery and broader language which used to exist in Clause 3. The fact that it is not there any more simply makes the parts of the Bill more at peace with each other. But I think the witnesses would have come in any event because

[Traduction]

sur leur interprétation qu'ils en donnent, et non pas sur ce qu'ils voudraient qu'il soit ou sur . . .

M. Reid (St. Catharines): Mais c'est justement ce qui s'est produit.

M. MacLellan: Non. Il est question ici des soins médicaux au Canada et c'est cela qui assure la cohérence. C'est de cela que les témoins ont parlé. Je ne crois pas qu'on puisse s'attendre à ce que des témoins examinent chaque mot du libellé tel qu'ils l'envisagent ou l'interprètent; un tel exercice ne ferait que réduire la portée et l'utilité des témoignages.

Le président: Il s'agit ici de l'importance des témoignages et j'admets que leur importance est considérable. Je ne crois pas que nous devions y consacrer trop de temps, mais il y en a encore quelques-uns qui voudraient intervenir. Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Briefly, Mr. Chairman, I do not think that Mr. Reid was being fair when he said that the minister was saying new or surprising things. The minister has always said that the purpose of the bill was to eliminate extra billing and user fees. The witnesses who appeared before the committee knew this; they took the opportunity to explain their needs, their concerns, and their desire for change. But the minister has never said anything different than what she has been repeating from the outset; it is almost like a record that has gotten stuck. There is nothing surprising about it. I do not know whether it is possible not to have understood. Perhaps she should have repeated it even more often, because her objectives have always been the same. I was very pleased to see that the witnesses comments were very positive. I cannot agree with Mr. Reid, who is a very reasonable man but who is not showing it in this instance. I am even surprised at him because his comments are usually relevant.

Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Monsieur Blaikie, s'il vous plaît.

M. Blaikie: Je voudrais parler, monsieur le président, de l'utilité de ce qui s'est passé jusqu'ici. C'est peut-être une drôle de manière de défendre le ministre, mais je crois que l'on peut dire en toute justice que le ministre a toujours été, dès le début, très bornée à cet égard. Il ne faut donc pas s'étonner de ce qu'elle cherche, en modifiant les articles 3 et 4, à nous empêcher d'aborder la question des soins sanitaires en général. Je me souviens de lui avoir demandé à la Chambre, avant que le projet de loi ne soit déposé, si elle serait prête à proposer, en même temps que la loi canadienne sur la santé, des mesures touchant les soins préventifs; elle m'a répondu qu'à son avis, les soins préventifs relevaient des provinces et qu'il ne serait donc pas question de proposer des mesures à cet égard. Je crois que les témoins le savaient, mais qu'ils sont venus comparaître malgré ce qu'ils savaient de la position adoptée par le ministre; ils espéraient que la portée du bill soit étendue d'une manière qui permette de répondre à leurs préoccupations et d'assurer que ses dispositions reflètent les belles déclarations d'ordre général qu'on retrouvait alors à l'article 3. Le fait que ce soit maintenant supprimé rend le projet de loi plus cohérent. Je

[Text]

they want to argue that we should be doing more than we are able to do within the confines of this Bill; they were not misled by the Minister in that respect. They were just hoping to change your mind, Madam Minister, and they probably hope yet to change your mind. The process is not over.

• 1605

The Chairman: I have just Dr. Hudecki left on this clause and then Miss MacDonald. Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I wonder if we have a copy of the initial statement which appeared in the newspapers or was sent to the different officials, indicating what was expected of them in their appearing as witnesses. I wonder if that limited the scope of the Bill in any way.

Mr. Epp: Maybe the Minister's press release which accompanied the Bill could be tabled.

Mr. Hudecki: I feel the same way, that a number of the associations came here thinking this would be a very general reassessment of the Bill and would cover a much wider scope than it did. Most of us knew exactly what was going to be covered in it but I wonder if the information was not accurately directed to the public at large.

The Chairman: Dr. Hudecki, this committee did not advertise per se for witnesses and that sort of thing. Interested people around the country were following what was happening in the House when the Bill was tabled and were in touch with us very quickly. The steering committee and the standing committee decided to invite certain types of people and certain groups of national people mainly, but we did not advertise it.

Miss MacDonald, please proceed.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. I would just make the comment that I can understand why Dr. Hudecki would think that people, groups and organizations, would have thought this was going to be a much broader discussion than it has turned out to be, because back as far as September 7 of last year when the Minister was issuing her statement to the conference of the provincial Ministers of Health, she said the primary purpose of the Bill was that proposals remain the same; that is, to protect, renew and improve medicare.

Now, a lot of people felt that meant advancing the objectives of the Canadian health care plan. That is what was said in the preliminary period leading up to the introduction of the Bill, and that was the impression widely left across the country. But I suppose I could only say, when it was not acceptable this morning under Clause 3 for us to advance the state of the art as far as health care is concerned by referring to what could be accomplished through medical research, then one has to say it is consistent to remove the advancing of the objectives of Canadian health care policy in the same way. You just restrict your mind, close it, put it in a narrow focus and say: That is all we need to do. Even though this is being taken out, Mr.

[Translation]

crois que les témoins se seraient présentés de toute façon, car ils voulaient que nous fassions plus que ne nous le permet les limites du projet de loi. Le ministre ne les a pas induits en erreur à ce sujet. Ils espéraient tout simplement vous faire changer d'avis, madame le ministre, et ils n'ont peut-être pas encore perdu tout espoir. Ce n'est pas fini.

Le président: Il ne reste plus que M. Hudecki qui veuille encore prendre la parole à propos de cet article, et aussi M^{lle} MacDonald. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: A-t-on une copie du premier avis qui a paru dans les journaux, qui a été envoyé aux divers responsables et dans lequel on précisait ce qu'on attendait des témoins. Je me demande si dans cet avis on limitait la portée du projet de loi.

M. Epp: On pourrait peut-être déposer le communiqué de presse du ministre qui accompagnait le projet de loi.

M. Hudecki: J'ai moi aussi l'impression qu'un certain nombre d'organismes se sont présentés devant nous en pensant que ce serait une évaluation très générale du projet de loi et que la portée en serait beaucoup plus vaste qu'elle ne l'est réellement. La plupart d'entre nous savaient exactement ce que renfermait le projet de loi, mais je me demande si c'était aussi connu du grand public.

Le président: Monsieur Hudecki, le Comité n'a fait paraître aucun avis d'audience à l'intention des témoins. Ce sont tout simplement des gens intéressés, qui suivaient ce qui se passait à la Chambre et qui ont communiqué avec nous très rapidement une fois le projet de loi déposé. Le Comité directeur et le Comité permanent ont décidé d'inviter certaines personnes et certains groupements, surtout nationaux, mais il n'y a eu aucune publicité comme telle.

Mademoiselle MacDonald, allez-y.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je voulais simplement dire que je comprends pourquoi M. Hudecki a pensé que les gens et les organismes ont pu avoir l'impression que la discussion était beaucoup plus générale qu'elle ne l'a été en fait, car le 7 septembre de l'an dernier, quand le ministre a fait sa déclaration à la conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé, elle a dit que l'objet premier du projet de loi était de réitérer ce qui existe déjà, à savoir protéger, renouveler et améliorer le régime d'assurance médicale.

Bien des gens ont pu croire que celui-ci permettrait donc d'atteindre les objectifs du régime d'assurance-santé du Canada. C'est ce qu'on avait dit avant de présenter le projet de loi et c'est donc l'impression qu'on a donnée à la population en général. Je présume que si nous n'avons pas pu ce matin favoriser la santé en mentionnant à l'article 3 la recherche médicale, il est tout aussi logique maintenant de supprimer de la même façon cette idée de favoriser la mise en oeuvre d'une politique canadienne de la santé. Il suffit d'avoir l'esprit le plus étroit possible et de voir le minimum à faire. Je crois que bien des gens avaient espéré au départ, étant donné toutes les discussions antérieures, que ce serait une révision beaucoup

[Texte]

Chairman, I think a lot of people had initially hoped, because of the preliminary discussion, it would be a much, much broader and more comprehensive review of Canadian health care policy.

The Chairman: I now call the amendment to Clause 4. I see we have some non-voters with us, but that is all right.

Amendment agreed to.

The Chairman: Yes, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I have an amendment I would like to move on Clause 4. I am advised by the legal folk that this is the place to put in this amendment, which has to do with the establishment of a Canada health council. So I move that . . .

The Chairman: Order, please. I am informed that it would be more proper, Mr. Blaikie, if we carry Clause 4 as amended, and then if you would like to insert a new Clause 4.(1) to Clause 4.(3) you could do so. I will get back to you on that but, in the meantime, shall Clause 4, as amended, carry?

• 1610

Mr. Lachance: What is the point? Are you going to have another amendment, or what? I mean, I understand that Mr. Blaikie wanted to put an amendment, but I am a little bit at a lost, Mr. Chairman.

Mr. Epp: How can you bring in an amendment when . . .

The Chairman: I will get to you in a minute, Mr. Epp. Members of the committee, I have been informed that the proper way to proceed would be to treat Clause 4 as individual . . .

Mr. Epp: It would be Clause 4.(1).

The Chairman: —then we would talk in terms of Clause 4.(1) to Clause 4.(3) as Mr. Blaikie's one.

Yes, Mr. Blaikie?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, on this point of order, that does not make any sense to me, Mr. Chairman. We amended Clause 4 as it stands now. All right? And it seems to me that the next thing to do is for me to move my amendment, not for you to call some other question. If we call some other question, what is it that we are doing? What is left to do? I do not understand what it is you are getting at.

Mr. Lachance: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, I have to agree with Mr. Blaikie. The problem is that we do not know what he wants to move.

Mr. Blaikie: I have not had a chance to tell you.

Mr. Lachance: First he has to tell you what he wants to do and, then, you decide whether or not it is acceptable in your capacity as chairman. If it is not acceptable from a procedural point of view, then we will cross the bridge at that point. But

[Traduction]

plus profonde et complète de la politique canadienne de la santé.

Le président: Nous passons maintenant au vote sur la modification de l'article 4. Je vois que certains d'entre vous n'ont pas le droit de vote. Il n'y a pas de problème.

La modification est adoptée.

Le président: Oui, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je voudrais proposer une modification de l'article 4. Les conseillers juridiques me disent que c'est le moment opportun de présenter l'amendement qui vise à la création d'un conseil canadien de la santé. Je propose donc que . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Blaikie, on m'avise qu'il serait beaucoup plus approprié que l'article 4, modifié, soit adopté, puis que vous vous proposiez d'ajouter des paragraphes 1 à 3 à l'article 4. Je reviendrai à vous plus tard. En attendant, l'article 4, modifié, est-il adopté?

M. Lachance: Qu'est-ce que cela veut dire? Va-t-il y avoir un autre amendement ou non? Si je comprends bien, M. Blaikie veut présenter un amendement. C'est un peu confus, monsieur le président.

M. Epp: Comment peut-on proposer un amendement si . . .

Le président: Je reviendrai à vous dans un moment, monsieur Epp. Messieurs et mesdames les membres du Comité, on m'a dit que la meilleure façon de faire était de considérer l'article 4 à part . . .

M. Epp: Mais ce serait l'article 4.(1).

Le président: . . . puis nous traiterons de la modification de M. Blaikie, qui ajoutera les paragraphes 1 à 3 à l'article 4.

Oui, monsieur Blaikie?

M. Blaikie: Monsieur le président, à propos de ce rappel au Règlement, je dois dire que je ne comprends pas tellement, moi non plus. Nous avons modifié l'article 4. D'accord? Donc il me semble que la chose à faire maintenant, c'est que je présente mon amendement et non que vous passiez à un autre vote. Si nous passons à un autre vote, que nous restera-t-il à faire? Je ne comprends pas ce que vous faites.

M. Lachance: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, je ne peux qu'être d'accord avec M. Blaikie. Le problème, c'est que nous ne savons même pas ce qu'il a l'intention de proposer.

M. Blaikie: On ne m'a pas laissé le loisir de vous le dire.

M. Lachance: Il doit d'abord vous dire ce qu'il entend proposer puis vous déciderez, à titre de président, si la motion est recevable ou non. Si ce n'est pas recevable à cause d'un problème de procédure, nous verrons à ce moment-là. En

[Text]

for the time being we do not know what he wants to move, and we have not yet passed Clause 4. So I would respectfully submit that you hear him.

Mr. Epp: If the point is to move a subclause, I accept it. If you want to use the word "clause", we are in trouble.

The Chairman: Yes. I will follow Mr. Lachance's suggestion that Mr. Blaikie move his proposed amendment.

Mr. Blaikie: I move that Bill C-3 be amended by adding immediately after lines 23 to 32 in Clause 4, the following heading, clause and subclauses:

Canada Health Council

There would be three subclauses to Clause 4, the first one in my proposed amendment being:

4.1 In order to more effectively achieve the Canadian health care policy outlined in section 3, a Canada Health Council will be established within a year of the coming into force of this Act.

4.2 The Canada Health Council will be an independent body made up of consumers, government representatives and health care providers.

4.3 The Canada Health Council will be required to publish a report of its operations, activities and findings at least once a year.

The Chairman: Does the table have a copy of your amendment?

Mr. Blaikie: I believe it does, yes.

The Chairman: Can the amendment be passed out to the committee members, please?

Mr. Blaikie: I will speak to the amendment when you are ready, Mr. Chairman.

Mr. Lachance: Before we do, Mr. Chairman, I would like to know whether or not this amendment is in order. I submit for your attention the fact that it is a new clause and that it brings in a new element and is outside the scope of the Bill. This being said, I will leave it and wait for you to express your own views on the receptivity of this amendment, after which I can discuss it further. But at this point in time, I think there is a *prima facie* problem with the proposed amendment.

• 1615

The Chairman: There has been a procedural question. Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I want to speak to that procedural question and that question only and I do not want my comments to be interpreted in any way that I have come to any conclusion on the merits of the amendment. When I go back to Clause 4, the clause states the purpose of the Bill. Now that we have had the other arguments passed, we have now got the purpose of the Bill clearly defined, at least as far as we can do it around this table today.

At least at first glance—and I put forward at first glance; I have not given it the thought that obviously the amendment

[Translation]

attendant, nous ne savons même pas ce qu'il veut proposer, et l'article 4 n'est pas encore adopté; je crois donc, en toute déférence, que vous devriez le laisser parler.

M. Epp: Si le but est d'ajouter un nouveau paragraphe, je suis d'accord. S'il s'agit d'un nouvel article, c'est différent.

Le président: Oui. Je vais suivre le conseil de M. Lachance et laisser M. Blaikie présenter son amendement.

M. Blaikie: Je propose donc que le Bill C-3 soit modifié par l'addition à la suite de la ligne 30, article 4, de la rubrique et des paragraphes suivants:

Conseil canadien de la santé

Il y aurait par la suite trois nouveaux paragraphes à l'article 4, que voici:

4.1 Afin de faciliter la mise en oeuvre de la politique canadienne de la santé exposée à l'article 3, un conseil canadien de la santé sera créé dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi.

4.2 Le Conseil canadien de la santé sera un organisme indépendant composé de consommateurs, de représentants du gouvernement et d'intervenants dans le domaine de la santé.

4.3 Le Conseil canadien de la santé sera tenu de publier, au moins une fois par année, un rapport sur son administration, ses activités et ses conclusions.

Le président: A-t-on un exemplaire de votre amendement?

M. Blaikie: Je le crois.

Le président: Pourrait-on, s'il vous plaît, distribuer copie de cet amendement à tous les membres du Comité?

M. Blaikie: Je vous parlerai de la modification dès que vous serez prêt, monsieur le président.

M. Lachance: Auparavant, je voudrais savoir si la modification est recevable ou non. Je crois personnellement qu'il s'agit d'un nouvel article ajoutant un élément nouveau qui dépasse la portée du projet de loi. Cela dit, je vais vous laisser le temps d'exprimer votre opinion quant à l'opportunité d'un tel amendement, après quoi j'en dirai un peu plus long. Pour l'instant, je crois que cet amendement pose a priori un problème.

Le président: On s'interroge sur un problème de procédure. Monsieur Epp.

M. Epp: À propos de ce problème de procédure, monsieur le président, et uniquement à ce propos, car je ne veux pas que mes commentaires soient interprétés comme une opinion sur le fond de l'amendement. Donc, quand j'en reviens à l'article 4, je vois qu'on y précise la raison d'être du projet de loi. Étant donné les discussions que nous avons déjà tenues, nous savons maintenant que l'objet du projet de loi est clairement défini, du moins le mieux possible.

A première vue, car je n'ai pas longuement réfléchi à l'amendement proposé, je ne vois pas de lien entre cet amende-

[Texte]

should merit—I do not see how it fits in with the purpose of the Bill, and I would want to know why the advice is there to put it in with the purpose. I could see it as a separate clause in another part of the Bill entitled *The Canada Health Council* in due time, but I do not see it fitting in with the purpose of the Bill at all.

Mr. Lachance: The same point, Mr. Chairman.

The Chairman: On that point, Mr. Lachance. We are still talking . . .

Mr. Lachance: It may still be outside the purview of the Act, but this being said at this point in time, I will agree with Mr. Epp that it is clearly not the place, in my mind, to put it. I would suggest maybe if Mr. Blaikie would now ask for unanimous consent to withdraw it so that he can present it another time, and then we will deal with it at that point.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Well, Mr. Chairman, this will teach me to defer to the experts. I was advised by the legal branch of the House of Commons that this would be the place to move this amendment, so I did not want to pass up the opportunity to do it within the . . .

Mr. Epp: I do not blame you for that.

Mr. Blaikie: —purview of their advice, but because I trust the judgment of my colleagues more than I trust the experts, I am prepared to give consent to have it withdrawn at this point, with the understanding that I will be moving it again perhaps at the end of the Bill as a separate clause, different from any other clause that happens to be there.

The Chairman: All right. Does Mr. Blaikie have unanimous consent to withdraw his amendment?

Some hon. Members: Agreed.

Clause 4 as amended agreed to.

On Clause 5—*Cash Contribution*

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I would like to ask the Minister, I know that the payments are subject to and are payable upon the agreed formula with the provinces. I would like to ask the Minister whether, since the second phase of block funding as of 1982, any payments to any provinces were delayed in any way.

Madam Bégin: Not to my knowledge, Mr. Chairman, but I will ask the question to be checked by the officials.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. That is it.

Clause 5 agreed to.

On Clause 6—*Amount Payable for Extended Health Care Services*

The Chairman: Yes, there is an amendment. Mr. MacLellan.

[Traduction]

ment et la raison d'être du projet de loi. Je voudrais donc savoir pourquoi on a conseillé de l'insérer à ce moment-ci. Il me semble qu'il pourrait y avoir un article parfaitement distinct, ailleurs dans le projet de loi, qui serait intitulé «Conseil canadien de la santé», mais je ne vois pas du tout quel peut être le lien entre cette rubrique et la raison d'être du projet de loi.

Mr. Lachance: À ce même propos, monsieur le président.

Le président: Monsieur Lachance. Nous discutons toujours . . .

Mr. Lachance: Quand bien même cet amendement dépasserait la portée de la loi, je dois tout de même convenir avec M. Epp que ce n'est certainement pas l'endroit opportun pour l'insérer. M. Blaikie pourrait peut-être demander le consentement unanime pour le retirer afin qu'il puisse le présenter de nouveau plus tard. Et nous en débattons à ce moment-là.

Le président: Monsieur Blaikie.

Mr. Blaikie: Monsieur le président, cela m'apprendra à faire confiance aux experts. C'est le contentieux de la Chambre des communes qui m'a conseillé de proposer mon amendement en regard de cet article-ci; je ne voulais donc pas rater l'occasion de me conformer . . .

M. Epp: Je ne vous en blâme pas.

Mr. Blaikie: . . . à ces conseils, mais comme je fais confiance au bon jugement de mes collègues plus qu'à celui des experts, je suis disposé à demander l'autorisation de retirer mon amendement maintenant et le présenter de nouveau plus tard comme un article distinct.

Le président: Très bien. M. Blaikie a-t-il l'autorisation unanime de retirer son amendement?

Des voix: D'accord.

L'article 4, modifié, est adopté.

Article 5—«contributions pécuniaires et versements»

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Je sais que ces versements sont calculés suivant la formule convenue avec les provinces. Je voudrais donc demander au ministre si des versements ont été faits en retard pour une raison ou pour une autre depuis l'avènement de la seconde phase du financement global en 1982.

Mme Bégin: Pas à ma connaissance, monsieur le président, mais je vais demander à mes collaborateurs de vérifier.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président, c'est tout.

L'article 5 est adopté.

Article 6—«versement pour les services complémentaires de santé»

Le président: Oui, on veut proposer un amendement. Monsieur MacLellan.

[Text]

Mr. MacLellan: As stated on G-10, I move that Clause 6 of Bill C-3 be amended by striking out lines 3 and 4 on page 6 and substituting the following: "year in respect of the extended health care services program if the province complies with" and the comparable French translation.

• 1620

The Chairman: Madam Minister, would you like to comment on the amendment?

Madam Bégin: Mr. Chairman, by adding that word, it makes it the exact same wording as the EPF legislation, the block-funding legislation, which is not erased or cancelled by this Bill.

Mr. Epp: Mr. Chairman, may I ask: Does this amendment now put this clause in parallel form with the EPF agreement, in wording form?

Madam Bégin: Yes, Mr. Chairman, it does.

Mr. Epp: The exact wording.

Madam Bégin: The exact wording of the EPF legislation.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Marceau.

M. Marceau: Je voudrais poser une question au ministre. J'essaie de comprendre le texte français. Cela m'a l'air assez incompréhensible à première vue:

... pour chaque exercice à l'égard du programme de services complémentaires ...

Mme Bégin: Monsieur le président, il est vrai que depuis 1977, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, nous payons une somme forfaitaire globale, mais il reste que, dans son établissement, elle comporte trois volets, soit les deux vieilles composantes de l'assurance-santé au sens classique, c'est-à-dire l'assurance-hospitalisation et l'assurance des soins médicaux, et, depuis 1977, un troisième volet qui s'appelle, en anglais, *extended health care services* et, en français, services complémentaires de santé, dont le but, bien que nous n'en soyons plus maîtres puisque c'est la province qui décide, était d'encourager les services complémentaires pour les personnes âgées et les convalescents.

Alors, peut-être le député trouverait-il cela plus facile si le nom du programme, services complémentaires de santé, était entre guillemets ou avec des majuscules, mais ce n'est pas la pratique de le faire. C'est ce que cela veut dire.

M. M. Marceau: L'explication me satisfait, monsieur le président.

Clause 6 as amended agreed to.

On Clause 7—*Program criteria*

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: I would like to move an amendment as stated on G-11.

[Translation]

M. MacLellan: Comme le dit l'amendement numéroté G-10, je propose que l'article 6 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, à la ligne 2, page 6, de ce qui suit: «exercice, à l'égard du programme de services com-».

Le président: Voulez-vous, madame le ministre, expliquer l'amendement?

Mme Bégin: En ajoutant le mot en question, monsieur le président, on assure que le libellé est conforme à celui de la Loi sur le financement des programmes établis, c'est-à-dire, la Loi régissant le financement global, qui ne sera pas abrogée ni annulée par l'adoption du projet de loi.

M. Epp: Puis-je demander, monsieur le président, si le libellé proposé dans l'amendement est identique à celui de la Loi sur le financement des programmes établis?

Mme Bégin: Oui, monsieur le président.

M. Epp: Il est identique.

Mme Bégin: Identique au libellé de la Loi sur le financement des programmes établis.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: I have a question for the minister. I am trying to understand the French version. On first reading, I find it somewhat incomprehensible.

... pour chaque exercice à l'égard du programme de services complémentaires ...

Madam Bégin: It is true, Mr. Chairman, that since 1977, we have been paying a lump sum under the Established Programs Financing Act. But this Act includes three components: the two traditional components of health insurance, hospital insurance and health care insurance, and the third component, extended health care services, which was added in 1977 and the purpose of which, although it is no longer under our jurisdiction, but under provincial jurisdiction, was to encourage the provision of extended health care services for the elderly and convalescent.

The member might find it easier to understand if the name of the program, extended health care services, were in quotation marks or in capitals, but that was not practical. That is what it means.

Mr. Marceau: I am satisfied with the explanation, Mr. Chairman.

L'article 6, modifié, est adopté.

L'article 7—*Conditions d'octroi*.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: J'aurais un amendement à proposer à l'article 7, l'amendement G-11.

[Texte]

I move that the French version of Clause 7 of Bill C-3 be amended by striking out line 12 on page 6 and substituting the following:

tions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant

The Chairman: Is there any comment on the clause, as amended?

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, this amendment clarifies that the conditions referred to in the French text are the conditions d'octroi as opposed to conditions de versement.

Amendment agreed to.

Clause 7 as amended agreed to.

Clauses 8 and 9 agreed to.

On Clause 10—*Universality*

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move an amendment to Clause 10 as set out on G-12.

• 1625

I move that the French version of Clause 10 of Bill C-3 be amended by striking out lines 9 and 10 on page 7 and substituting the following:

santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés

The Chairman: Is there any discussion on the clause as amended?

M. Lachance: Il s'agit simplement de faire concorder la version française et la version anglaise. La version française, telle qu'amendée, devient conforme à la version anglaise.

The Chairman: Shall the amendment carry?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to be given an explanation.

Mr. Lachance: I have just given it.

Mme Bégin: Si vous permettez, monsieur le président, . . .

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: The English text speaks of "insured persons" of a province. In French it meant "inhabitants", the total population; and we know there are some basic minimum conditions of residence. Under the definitions in Clause 2, the expression "insured person" on page 4 lists insured persons and explains the exclusions. Therefore the French expression "*habitants*", meaning the total population, was inappropriate. So it is a pure concordance, in that sense.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I am wondering what the relationship is between this amendment and the advisability of passing it and the amendment that I intend to move really to

[Traduction]

Je propose que la version française de l'article 7 du projet de loi C-3 soit modifiée par substitution, à la ligne 12, page 6, de ce qui suit:

tions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant

Le président: Y a-t-il des interventions concernant la version modifiée?

M. MacLellan: Il s'agit, monsieur le président, de préciser qu'il s'agit, dans le texte français, de conditions d'octroi et non pas de conditions de versement.

L'amendement est adopté.

L'article 7, modifié, est adopté.

Les articles 8 et 9 sont adoptés.

L'article 10—*Universalité*.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, j'aurais un amendement à proposer, l'amendement G-12.

Je propose que le texte français de l'article 10 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution aux lignes 9 et 10, page 7, de ce qui suit:

santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés

Le président: Y a-t-il des interventions à propos de cette modification?

Mr. Lachance: This amendment is simply to insure that both the French and the English texts mean the same thing. With this amendment, the French text now says the same as the English text.

Le président: La modification est-elle adoptée?

M. Blaikie: Monsieur le président, je voudrais qu'on me l'explique.

M. Lachance: Je viens justement de le faire.

Madam Bégin: If I may, Mr. Chairman . . .

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Dans la version anglaise, on parle des personnes assurées d'une province, tandis que dans le texte français, on parle simplement des «habitants» de la province; cela signifie donc toute la population de cette province. Or, nous savons qu'il existe des conditions d'admissibilité minimales, comme la résidence par exemple. En vertu des définitions de l'article 2, l'expression «assuré», qu'on trouve à la page 2, énumère ce que cela comprend et explique les exceptions. Par conséquent, si l'on parle, en français, d'«habitants», signifiant par là toute la population d'une province, c'est incorrect. Donc, la modification a simplement pour but de rendre les deux textes conformes.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je me demande si cela vaut la peine d'adopter cette modification, puisque j'ai l'intention de proposer qu'en anglais, on utilise l'expression

[Text]

use the word "residents" in the English version. We are changing the French version to be more like an English version that I would like to amend. I wanted the committee to know that and maybe seek some advice as to how we might deal with that. It might be more appropriate to deal with the amendment that I have in mind first.

Mr. Lachance: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: That is a very curious problem, which I have never seen before. But since we have to improvise—I do not think there are rules on that, if I am not mistaken—I would suggest that since one is the reverse of the other, we deal in sequence. Since the first amendment that was proposed was the amendment of Mr. MacLellan, let us deal with the amendment of Mr. MacLellan, and then we have two texts that mean the same thing; and then let us move with the amendment of Mr. Blaikie, which will be the second one in sequence. I would suggest that is the only way to proceed.

Normally we know that an amendment that negatives another amendment that will say the same thing—but in this case we have two different texts that say different things, and one member wants one text to be the master text and another member wants the other text to be the master. I would suggest, Mr. Chairman, that you take them in sequence: first the government amendment, and then Mr. Blaikie's amendment. I think this is the only logical way to proceed in this case.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just on that, it is not a question of which text is the master text. It just so happens that what I want to do in the amendment I want to move having to do with Clause 10, in my judgment at least, brings it closer to the French text as it is. But that is not the reason I am moving the amendment. I am moving the amendment in Clause 10 for policy reasons, not with the goal of making the two texts more similar.

The Chairman: If it is satisfactory, then, we will follow Mr. Lachance's suggestion and we will carry on with Mr. MacLellan's amendment and any comment, and then we will get back to Mr. Blaikie after that amendment is dealt with.

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you want to put your amendment?

Mr. Lachance: Mr. Chairman, on a point of order, let me explain what we have. It is a very strange procedure. Normally we should not take Mr. Blaikie's amendment. But what we have now is the two versions, as amended; the two versions that say the same thing. So we have covered that ground. Normally we should not do that, but in fairness I think now we can go to Mr. Blaikie—now that we have changed both versions to go back to the word "residents". It is very strange, but . . .

[Translation]

residents. Or, on veut maintenant modifier le texte français pour qu'il soit conforme au texte anglais que moi, j'aimerais bien modifier. Je voulais que le Comité le sache, afin de décider comment l'on pourrait trancher la question. Il vaudrait peut-être mieux étudier d'abord la modification que j'entendais proposer.

M. Lachance: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: C'est très bizarre, et je n'ai jamais entendu parler de cela. Comme il nous faut improviser—ce qui n'est pas interdit dans les règlements—je propose que, comme l'une dit le contraire de l'autre, nous étudions chacune de ces modifications dans l'ordre. Or, M. MacLellan a d'abord proposé la sienne; alors, étudions-la. Nous aurons alors deux versions qui concordent, puis nous pourrions étudier la modification de M. Blaikie, présentée après. C'est la seule façon de procéder.

Normalement, deux modifications peuvent se contredire, mais elles portent sur la même chose, alors que dans ce cas-ci, nous avons deux textes différents, qui disent le contraire, un député voulant conserver l'une des versions, et l'autre, la seconde version. Je crois donc qu'on devrait étudier les deux modifications dans l'ordre, en commençant par la modification du gouvernement. C'est la seule façon logique de procéder dans ce cas-ci.

M. Blaikie: Monsieur le président, ce n'est pas une question de savoir quelle version doit primer. C'est un hasard si la modification que j'ai l'intention de proposer pour l'article 10 fait en sorte que le texte anglais se rapprochera du sens du texte français. Ce n'est pas la raison pour laquelle je propose cette modification. Je veux que l'article 10 soit modifié pour des raisons de politique, et non pas pour rendre les deux versions conformes l'une à l'autre.

Le président: Donc, si vous êtes d'accord, nous allons suivre la suggestion de M. Lachance et continuer à dicuster de la modification proposée par M. MacLellan. Par la suite, nous en reviendrons à M. Blaikie.

L'amendement est adopté.

Le président: Monsieur Blaikie, voulez-vous proposer votre modification?

M. Lachance: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Permettez-moi d'expliquer ce qui se passe. C'est une procédure très étrange. Normalement, nous ne devrions pas juger la modification de M. Blaikie recevable. Avec cette modification que nous venons d'adopter, nous avons maintenant deux textes qui disent la même chose. Ce problème est donc réglé. Normalement, nous ne devrions pas revenir là-dessus, mais je crois qu'en toute justice, nous devons laisser M. Blaikie présenter son amendement, qui va modifier de nouveau les deux textes, puisqu'il voudrait plutôt qu'on parle de «résidents». C'est bizarre, mais . . .

[Texte]

[Traduction]

• 1630

The Chairman: I gather, Mr. Lachance, that Mr. Blaikie is doing it for the merits of the actual wording and not for a concordance with that sort of thing.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I move that Bill C-3 be amended in Clause 10 by striking out lines 12 to 14 at page 7 and substituting the following therefor:

100% of the residents of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions and with no preconditions.

And the French version accordingly.

I will speak to the amendment if there are no procedural problems.

The Chairman: Speak to it, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, the purpose of this amendment has to do with making explicit what is only implicit now in Clause 10, with respect to what will satisfy the conditions of universality as far as the Canada Health Act is concerned. By using the word, "residents", as opposed to "insured persons", the intention is to eliminate the possibility that there would be Canadians in any province who would be denied coverage or denied medical services on the basis that, in the judgment of the province, they were not an insured person.

If we only use "insured person" as the noun to describe the people who are entitled to insured services, then we are leaving an area of interpretation open to provinces as to who will be entitled to insured services. This is particularly important with respect to those provinces that collect premiums. The intention of the amendment is not to prohibit, in any way, provinces from having health care premiums. I think there is a consensus that this is a matter of provincial jurisdiction and provinces are free to collect health care premiums, if that is the way they wish to finance a portion of their health insurance plan.

The debate about the erosion of the principles of medicare has not only been with regard to accessibility and the problem that extra-billing and user fees pose for that principle, it has also been with respect to universality and the problems experienced in Ontario and Alberta, for instance, where we found people who were not covered, for one reason or other, due to the peculiarities of the health care premium system in those provinces. So the object of this amendment is to make sure that universality means explicitly and specifically that people cannot be denied medical coverage on the basis that they have not paid their premiums.

Now, I asked this of the Minister in committee when she first appeared: Is this what the Bill means? If I recall correctly, I was told at that time, yes, that is what the intent of the Bill is.

I am saying, let us not leave any room for interpretation here; let us make it absolutely clear that those provinces that want to continue to finance a portion of their health care system through the collection of premiums are going to have to find other ways to make people pay their premiums—those

Le président: Je crois, monsieur Lachance, que M. Blaikie fait cela pour modifier la substance du libellé, et non pas pour des raisons de concordance.

M. Blaikie: Monsieur le président, je propose de modifier l'article 10 du Bill C-3 en remplaçant les lignes 9 à 11 de la page 7 par ce qui suit:

santé, cent pour cent des habitants de la province a droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes et sans aucune condition préalable.

La version française contient déjà le terme «habitant».

S'il n'y a pas de problème de procédure, j'aimerais défendre mon amendement.

Le président: Vous avez la parole, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, l'objectif de cet amendement est de rendre explicite ce qui n'est qu'implicite à l'article 10, afin de respecter les principes d'universalité qui s'appliquent à la Loi canadienne sur la santé. Si l'on remplace *insured persons* de la version anglaise par *residents*, on empêche qu'un Canadien résidant dans quelque province que ce soit se voie refuser des services médicaux assurés, simplement parce que la province estime qu'il n'est pas assuré.

Si nous n'employons que le terme *insured persons* pour décrire ceux qui ont droit à ces services assurés, nous laissons alors aux provinces toute latitude pour interpréter le sens de ce terme. Cela est d'autant plus important dans les provinces qui imposent des primes. L'objectif de cet amendement n'est pas d'empêcher les provinces d'imposer des primes pour les services médicaux, puisque tout le monde reconnaît que les provinces ont le droit de le faire, si c'est ainsi qu'elles décident de financer une partie de leur régime d'assurance médicale.

La dégradation du système actuel concerne non seulement l'imposition de frais modérateurs et de surfacturation, réduisant ainsi l'accessibilité du régime, mais aussi le respect du principe de l'universalité; or, des problèmes se sont posés en Ontario et en Alberta, notamment, où nous avons constaté que certaines personnes n'étaient pas assurées, pour une raison ou pour une autre, à cause de certaines particularités du système de primes médicales de ces provinces. L'objectif de cet amendement est donc de s'assurer que le principe de l'universalité sera respecté de façon explicite, et que nul ne pourra se voir refuser une assurance médicale sous prétexte qu'il n'a pas payé ses primes.

J'avais justement demandé au ministre, lorsqu'elle a comparu pour la première fois devant notre Comité, si c'est ce que signifiait ce projet de loi. Or, si je me souviens bien, elle m'avait répondu que oui, que tel était l'objectif du projet de loi.

Je prétends, pour ma part, qu'il ne faut laisser aucune latitude aux provinces en matière d'interprétation de ces dispositions, et celles qui veulent continuer à financer une partie de leur système d'assurance médicale en imposant des primes ne pourront plus refuser l'assurance médicale à ceux

[Text]

who, for one reason or another, decide not to pay their premiums—other than denying them health care coverage. So premiums would become, for instance, much like any other tax—if you do not pay your taxes, you are not forbidden to use the roads that your taxes pay for; you are simply hassled to death by Revenue Canada.

You are going to have to find something like that as opposed to denying people coverage on the basis that they have not paid their premiums.

• 1635

The other substantive matter in the amendment, Mr. Chairman, has to do with uniform terms and conditions. This is to guard against, again particularly in the case of those provinces which collect premiums, the creation by stealth or by evolution of a multi-tier health care system, for instance, where certain people would be expected to go to community health care clinics and other people would be expected to deal with doctors in a more traditional setting, etc., according to how they responded to the premium collection system or according to what group they were judged to be in, etc. So I think all this does is tighten up principles on which we all agree, and I would hope the committee would see its way to accepting the amendment.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: I am sorry to ask for the floor, Mr. Chairman, but in lieu of an explanation which I think I owe to all members of the committee, the definition of "insured person", used in Clause 2 instead of the word "resident", excludes a few categories of individuals on objective clear grounds, individuals whose employers happen in each case to be the federal government, except for the category under paragraph (d). The bills are paid for by the employer; namely, the federal government.

The provinces would oppose switching to resident, and they may have a point in this sense because the concept is... Their dependants, by the way, are all under medicare under the regular procedures. What they could argue is that, although in order to figure out the moneys paid each year under block funding to provinces the total population is taken, the base year was a base year, excluding these categories here. So there may be some unnecessary friction.

The point we want to make is that everyone should be covered in Canada, and I think we are making that point with the new Bill.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, is the Minister telling me she would be prepared to accept my amendment if we could add some kind of proviso to it which looked after this concern she has raised about certain categories of people, such as the RCMP and the armed forces, etc., who are not counted as residents of the province?

[Translation]

qui refusent de payer leurs primes. Ainsi, ces primes auraient le même statut que les impôts, et l'on ne vous empêche pas d'emprunter le réseau routier si vous n'avez pas payé les impôts qui sont censés le financer. Dans ce cas, vous n'êtes que la victime du harcèlement de Revenu Canada.

Donc, les provinces devront cesser de refuser l'assurance médicale à ceux qui n'ont pas payé leurs primes. Elles devront donc trouver un autre système.

L'autre élément important de l'amendement, monsieur le président, concerne l'établissement de modalités uniformes. Cela est destiné à empêcher, surtout dans les provinces qui imposent des primes, la création d'un système médical à différents paliers, selon lequel certaines personnes seraient censées s'adresser à des dispensaires, alors que d'autres pourraient consulter un docteur dans un contexte plus traditionnel, etc. Les malades seraient ainsi répartis selon qu'ils ont payé ou non leurs primes. Donc, mon amendement ne sert en fait qu'à renforcer des principes que nous appuyons tous, et j'espère que les membres du Comité l'adopteront.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Je m'excuse de vous demander la parole, monsieur le président, mais je voudrais donner une explication que je juge indispensable à tous les membres du Comité. La définition de «assuré», terme qu'on emploie à l'article 2, au lieu de «résident», exclut plusieurs catégories d'individus, selon des critères bien établis, puisqu'il s'agit de ceux dont l'employeur est le gouvernement fédéral, à l'exception de la catégorie mentionnée à l'alinéa d). Les factures sont donc payées par l'employeur, à savoir le gouvernement fédéral.

Les provinces s'opposent au remplacement d'assuré par résident, et elles auront peut-être raison, en ce sens que... À propos, les personnes à charge sont toutes couvertes par l'assurance médicale dans les circonstances normales. C'est donc ce qu'elles pourront prétendre, même si, pour calculer les sommes à verser chaque année en vertu du financement global à chaque province, l'année de base est une année de référence, qui exclut les catégories mentionnées ici. Cela risque donc de causer des frictions.

Ce que nous voulons, c'est que tout le monde soit assuré au Canada, et j'estime que le nouveau projet de loi atteint cet objectif.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, le ministre veut-elle dire qu'elle serait prête à accepter mon amendement s'il était assorti d'une condition répondant au problème qu'elle vient de soulever au sujet de certaines catégories d'individus, comme la G.R.C., les forces armées, etc., qui ne sont pas comptées parmi les habitants de la province?

[Texte]

Madam Bégin: Then you have to change Clause 2 as well. You have to make the whole thing consistent, and I do not see what it changes or what it gives someone.

Mr. Blaikie: I tried to explain what it gives. I do not want to go through the argument again, but I will if I have to. I will wait and hear other . . .

The Chairman: I will go to Mr. Epp for now. Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I have a number of questions. Could Mr. Blaikie define for us what is a resident?

Mr. Blaikie: I thought what I meant by "resident" was clear, Mr. Chairman. It is a broader category, I admit, than what "insured person" means, but it is a use of a word which gives us more assurance that everyone will be covered where there is a definition of resident in the Bill. I would assume that would be . . .

Mr. Epp: Which definition is that?

Mr. Blaikie: In Clause 2.

The Chairman: There is a definition in Clause 2.

Mr. Blaikie:

a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

We could change Clause 2 and add to transients the RCMP . . .

The Chairman: Order. Order, please.

Mr. Blaikie: They have a relationship.

Mr. Hudecki: Members of Parliament.

Mr. Epp: Members of Parliament who pay their taxes in Ontario.

Mr. Blaikie: Those are the changes the Minister was indicating would be burdensome. I do not think they are that burdensome. If we use "resident" in Clause 10, we can go back. We have stood Clause 2, so we can redefine what we mean by "resident" for purposes of the Act if we want to go ahead and accept this amendment and make sure that universality will indeed be universality.

• 1640

Mr. Epp: Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: I want to pursue that for a minute. The reason why I raised the question of what is a resident is that the definition is here but it does not give the full definition, I would suggest, in the manner in which Mr. Blaikie wants "resident" defined. I will give him examples in our own province.

[Traduction]

Mme Bégin: Dans ce cas, il faudrait également modifier l'article 2. Il faut que tout soit logique, mais je me demande ce que cet amendement apporte de nouveau ou donne à qui que ce soit.

M. Blaikie: C'est ce que j'ai essayé de vous expliquer. Je ne voudrais pas reprendre mon argument, mais si vous m'y obligez, je le ferai. Je vais attendre de savoir ce que les autres . . .

Le président: Je vais donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Monsieur le président, j'ai plusieurs questions à poser. M. Blaikie pourrait-il nous donner sa définition du terme «habitant»?

M. Blaikie: Je pensais que c'était très clair, monsieur le président. Certes, il s'agit d'une catégorie plus vaste que celle des «assurés», mais ce terme nous garantit mieux que tout le monde sera couvert lorsque ce terme sera mentionné dans le projet de loi. Je suppose . . .

M. Epp: De quelle définition voulez-vous parler?

M. Blaikie: De celle de l'article 2.

Le président: Il y en a une définition à l'article 2.

M. Blaikie:

personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Nous pourrions donc modifier l'article 2 en ajoutant à ces exceptions la G.R.C . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Blaikie: Ils sont dans le même cas.

M. Hudecki: Les députés et sénateurs.

M. Epp: Les députés et sénateurs qui payent leurs impôts en Ontario.

M. Blaikie: Le ministre a dit qu'à son avis, ces changements seraient beaucoup trop complexes. Je ne le pense pas. Si nous employons le terme *resident* («habitant») à l'article 10, nous pouvons revenir en arrière. Nous avons réservé l'article 2; par conséquent, nous pouvons redéfinir ce que nous entendons par «habitant» dans le contexte de la loi, si nous décidons d'adopter cet amendement et de nous assurer ainsi que le principe de l'universalité sera bel et bien respecté.

M. Epp: Monsieur le président.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: J'aimerais m'attarder sur cette question un peu plus longtemps. Si j'ai demandé une définition du terme «habitant», c'est parce que celle qui figure ici n'est pas aussi complète que celle que voudrait faire adopter M. Blaikie. Je vais lui donner des exemples qui se sont posés dans ma propre province.

[Text]

A person comes into the province—and there have been cases as recently as two weeks ago . . . as a landed immigrant, comes into Manitoba, and cannot complete her landed immigrant status until she returns to a point of entry to pick up her visa. In the period of time from when she comes into the province to the time when she goes to the point of entry, she has a major illness—I am using an exact case. At that time, the Health Sciences Centre then charged her \$526 a day, because she “had not completed her immigrant status and therefore was not a resident”. In that case, if we use the word “resident”, that person is not included under the definition. We got around that only because sensibility prevailed; that was that this lady, who was in intensive care in a Winnipeg hospital, obviously could not go down to Emerson, Manitoba, pick up her visa and regularize her status. Common sense prevailed; it was deemed that her insurance covered that particular condition. I think the word “deemed” is more important here than “resident”.

The Chairman: I will hear Mr. Lachance first and then I will get back to you.

Mr. Lachance: That was a very interesting case Mr. Epp brought in. My own point was that if there is a problem with one of the two definitions, either “resident” or “insured person”, the way to tackle that problem is through Clause 2 and not through the clause we are studying now. This is the reason why I have problems with gearing my mind, not to his arguments, but to the placing of his arguments.

I personally think what we want to insure is the injured person. Then, if there is a problem with the definition of “injured person” that has to be addressed in the context of Clause 2, which is the definitions clause. I have problems myself with addressing his difficulties at this point. I think the way to do it would be just to pass the clause and then, when we go back to Clause 2, see if there is a problem with the definition that is proposed for “injured person”.

From that point of view, I think we should proceed, personally, but I can be convinced otherwise.

An Hon. Member: All right, there is another . . .

The Chairman: Excuse me, we will carry on with Dr. Halliday first.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I see some merit in what Mr. Blaikie is trying to propose, because when you read the clause as it is now, that third line of the clause, where it says “one hundred per cent of the insured persons”, if the persons are insured they are obviously entitled to the health services. That is what it means, if you say “insured persons”. What Mr. Blaikie is wanting to do is get rid of those words “insured persons” and replace them with “resident”, which makes a lot of sense, provided you define “resident” properly. If the person is insured, he is obviously entitled to the services.

The Chairman: Mr. Epp, do you want to comment?

[Translation]

Certains remontent à à peine deux semaines. Une personne arrive au Manitoba avec le statut d'immigrant reçu, mais ne peut avoir ce statut définitif tant qu'elle n'est pas retournée à son port d'entrée pour prendre son visa. Or, avant d'avoir pu retourner à ce port d'entrée, elle tombe gravement malade—et je vous parle d'un cas réel. À ce moment-là, le *Health Sciences Centre* lui faisait payer 526\$ par jour, puisque, faute d'avoir un statut d'immigrant reçu définitif, elle n'était donc pas considérée comme habitant dans la province. Dans ce cas-là, donc, si nous choisissons le terme «habitant», la personne en question n'est pas incluse dans la définition. Nous avons réussi à trouver une solution simplement en faisant appel à notre bon sens. Cette femme, qui était au service des soins intensifs d'un hôpital de Winnipeg, ne pouvait manifestement pas se rendre à Emerson, au Manitoba, pour prendre son visa et régulariser son statut. Il a donc fallu faire appel au bon sens, et l'on a donc présumé que son assurance couvrirait cette circonstance particulière. J'estime donc que le terme «préssumé» est plus important ici que celui de «habitant».

Le président: Je vais donner la parole à M. Lachance avant de vous la rendre.

M. Lachance: Le cas mentionné par M. Epp est tout à fait intéressant. À mon avis, si la définition de «habitant» ou «assuré» pose un problème, la meilleure façon de le résoudre serait de se reporter à l'article 2, et non pas à l'article que nous étudions en ce moment. Je ne m'oppose donc pas tant à ses arguments qu'à leur pertinence dans le contexte de cet article que nous étudions en ce moment.

Personnellement, j'estime que notre objectif est de veiller à ce que ceux qui tombent malade soient assurés. Si la définition de «assuré» pose un problème, il faut le résoudre dans le contexte de l'article 2, puisque c'est celui-ci qui contient les définitions. On ne peut donc, à mon avis, régler ce problème dans le contexte de l'article que nous étudions actuellement. La solution serait de réserver l'article en question et de revenir à l'article 2, pour voir si la définition de «assuré» pose des problèmes.

Voilà donc ce que je vous propose de faire, mais il y a peut-être une meilleure solution.

Une voix: Très bien, il y a . . .

Le président: Excusez-moi, mais je vais d'abord donner la parole à M. Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je crois que la proposition de M. Blaikie a un certain mérite, car, si vous lisez le libellé actuel de l'article, à la troisième ligne, il est question de «100 p. 100 des habitants»; or, si ces habitants sont assurés, ils ont obligatoirement accès aux services médicaux. M. Blaikie veut remplacer le terme *insured persons* dans la version anglaise par le terme *resident*, ce qui me paraît tout à fait sensé, à condition que vous définissiez ce dernier terme de façon adéquate. Si une personne est assurée, elle a obligatoirement accès aux services médicaux.

Le président: Monsieur Epp, vous avez quelque chose à dire?

[Texte]

Mr. Epp: Mr. Chairman, there is another aspect to it. It was raised by some of our witnesses, not specifically in their case, but in cases in their provinces. It is that there are some religious orders that also do not accept the insurance as insured persons. If it covers residents, they are automatically drawn into that coverage. That is just another example.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I hope I do not have to make such a thing clear, but I will say it for the record. The purpose of this was to include more people, not to exclude anybody from coverage under the plan. That remains the intent. If people feel that there are problems with the amendment as it has been moved, then, of course, they will feel free to vote against it.

• 1645

But I think the essence of the amendment is that there be— and I am prepared to hear arguments as to why the amendment does not fulfil the purpose for which it is intended . . . as few people as possible, ideally none, who fall through any loopholes or cracks in the system, particularly in those provinces where premiums are collected and therefore where there are additional sets of possible cracks in the system. We found out from Mr. Epp that even in a province where there are no premiums these kinds of things happen from time to time.

We probably cannot cover all the contingencies in this Bill; but that is the intent of the amendment, and I will let it be voted on as it reads now.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, apart from Clause 10, I think obviously Mr. Blaikie still has the option to look at Clause 2, if he wants to consider it at that time, upon reflection.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Just to go at my point again, which I did not make very clearly the last time, Mr. Chairman, if you have a certain number of people in a province insured, it is obvious that 100% of them are entitled to be insured. This Bill is suggesting that you are going to guarantee 100% of the insured persons the services. Well, if you are insured, you get them automatically. It is redundant.

Mr. Blaikie: Yes, the way it reads right now.

Mr. Halliday: Yes. It just does not make good English, really.

Amendment negated.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I would like to move another amendment . . .

[Traduction]

M. Epp: Monsieur le président, cette question comporte un autre aspect. Plusieurs témoins l'ont mentionné à propos de certains cas qui se sont produits dans leur province. Ainsi, certaines sectes religieuses n'acceptent pas le principe de l'assurance. Ainsi, si l'on emploie dans la version anglaise le terme *resident*, tout le monde sera automatiquement couvert. C'est un autre exemple.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne pensais pas qu'il serait utile de le dire, mais je vais le faire pour que tout soit bien clair. L'objectif de cet amendement est d'inclure un plus grand nombre de personnes et de n'en exclure aucune. Voilà l'objectif de l'amendement. Si certains estiment que son libellé actuel pose des problèmes, ils peuvent voter contre.

Mon objectif est de m'assurer que, et je suis prêt à écouter ceux qui me reprocheront de ne pas l'atteindre avec cet amendement, le minimum de gens possible, personne en fait dans l'idéal, ne seront victimes d'échappatoires ou de lacunes dans le système, surtout dans les provinces qui imposent des primes et où, par conséquent, il y a plus de risques d'échappatoires. Nous avons constaté, d'après ce que nous a dit M. Epp, que même dans une province qui n'impose pas de primes, ce genre de choses peut arriver de temps à autre.

Certes, nous ne pouvons pas prévoir, dans ce projet de loi, toutes les éventualités qui peuvent se présenter; cependant, cet amendement permet, à mon avis, de se rapprocher considérablement de cet objectif, et je propose qu'il fasse l'objet d'un vote dans sa forme actuelle.

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, mis à part l'article 10, il me paraît évident que M. Blaikie pourra toujours recourir à l'article 2 pour atteindre son objectif, s'il le juge nécessaire au moment voulu.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: J'aimerais revenir sur ce que je disais tout à l'heure, monsieur le président, car je ne me suis pas très bien expliqué. Si un certain nombre de personnes sont assurées dans une province, il est évident que la totalité d'entre elles ont le droit d'être assurées. Ce bill propose de garantir l'accès aux services médicaux à 100 p. 100 des assurés. Or, si vous êtes assuré, vous avez droit automatiquement à ces services. C'est donc un pléonasse.

M. Blaikie: Vous voulez parler du libellé actuel.

M. Halliday: Oui. Cela me paraît ridicule, en anglais.

L'amendement est rejeté.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: J'aimerais proposer un autre amendement . . .

[Text]

The Chairman: All right.

Mr. Blaikie: —at this point to Clause 10. I move that Clause 10 be amended by adding to it on line 14, so line 14 would read:

provided for by the plan, on uniform terms and conditions and with no preconditions.

I will speak to the amendment when you are ready.

Mr. Lachance: I was going to ask for Mr. Blaikie maybe to explain the amendment.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you want to explain it, first of all?

Mr. Blaikie: I am still trying, Mr. Chairman, here to get across the idea that there can be no preconditions for medical coverage. I have excluded the wording in my original amendment that had to do with residence, because of the problems that were raised, quite legitimately—and we will have some more time to think of that, because we have stood Clause 2 and we can get back to that. But I still think it would be possible for us at this point to accept the amendment that I have just moved, and that would, it seems to me, make Clause 10 a lot more explicit and a lot more meaningful with regard to universality.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, on this same topic again, I think we could change one word here and make it quite clear and I think achieve what Mr. Blaikie wants. If that word "insured" on line 12 were changed to "insurable", then that would exclude the RCMP and the military and so on, who are the responsibility of the federal. In other words, the only insurable people are a defined group: the total population minus a certain number whom we have listed in Clause 2.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That is not a bad suggestion.

Mr. Halliday: That concept is used in unemployment insurance: insurable earnings. You do not talk about insured earnings.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Everybody should be insurable.

Mr. Halliday: That is right.

The Chairman: I hear what you are saying, but I think perhaps we will have to have a subamendment or something on that. Perhaps we could stick to the amendment for the moment.

Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Actually, I would like to speak both to the amendment and to the suggestion made by Dr. Halliday.

The problem with the suggestion of Dr. Halliday—and it is not an insurmountable one, by the way—is that "insurable" is not defined in Clause 2; which means that if one agreed to that

[Translation]

Le président: Allez-y.

M. Blaikie: ... toujours à l'article 10. Je propose de modifier l'article 10 en remplaçant la ligne 11 par ce qui suit:

prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes et sans aucune condition préalable.

Je vous parlerai de l'objectif de cet amendement lorsque vous serez prêt.

M. Lachance: J'allais justement demander à M. Blaikie de le faire.

Le président: Monsieur Blaikie, voulez-vous nous donner des explications?

M. Blaikie: J'essaye encore, monsieur le président, de convaincre les membres du Comité qu'il faut empêcher l'imposition de conditions préalables à l'assurance médicale. Dans ce nouvel amendement, j'ai donc supprimé tout ce que l'ancien amendement contenait au sujet des habitants, étant donné les problèmes qui ont été mentionnés à titre tout à fait légitime... Nous aurons le temps d'y réfléchir davantage puisque nous avons réservé l'article 2 et que nous aurons donc l'occasion d'y revenir. J'estime cependant qu'on peut quand même adopter maintenant l'amendement que je viens de proposer et qui, à mon avis, permettrait de rendre l'article 10 beaucoup plus explicite en ce qui concerne le respect du principe de l'universalité.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, nous pourrions changer ce terme afin de rendre le libellé plus clair et d'atteindre ainsi l'objectif proposé par M. Blaikie. Si le terme «habitant» de la ligne 9 était remplacé par «personne assurable», nous excluons ainsi les membres de la GRC et des Forces armées, qui sont couverts par le gouvernement fédéral. En d'autres termes, les personnes assurables constituent un groupe bien défini, à savoir la totalité de la population moins un certain nombre de catégories que nous avons énumérées à l'article 2.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce n'est pas une mauvaise idée.

M. Halliday: C'est le concept qu'on utilise pour l'assurance-chômage, où l'on se base sur les revenus assurables. On ne parle pas de revenus assurés.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Tout le monde devrait être assurable.

M. Halliday: Exactement.

Le président: J'ai bien entendu ce que vous venez de dire, mais il faudrait peut-être proposer alors un sous-amendement. En tout cas, pour l'instant, nous sommes saisis d'un amendement.

Monsieur Lachance.

M. Lachance: J'aimerais parler à la fois de l'amendement et de la suggestion faite par M. Halliday.

Le problème que pose cette dernière, et qui n'est pas insolvable, vient du fait que le terme «assurable» n'est pas défini à l'article 2; en conséquence, si nous l'acceptons, il

[Texte]

word, then one would have to have a definition in Clause 2 of "insurable persons".

That is the only proviso I wanted to bring to his attention. Maybe he could draft something in this regard, because any word in the Bill is supposed to refer to the interpretation of Clause 2. I was just going to say that to him.

• 1650

The second point: Maybe, Mr. Chairman, if you could just read for us again, or Mr. Blaikie maybe, the exact wording he proposed, because it has two elements in it. He spoke to the first, but I am not sure he explained the second.

The Chairman: Mr. Blaikie, would you repeat the . . . ?

Mr. Blaikie: Okay. The amendment was that line 14 read:

provided for by the plan on uniform terms and conditions and with no preconditions.

Mr. Chairman, perhaps while I have the floor I could make a suggestion, and that is that I think there is a problem with the wording of Clause 10 as it stands. I sense that the committee is not unambiguous about my amendments either, and I would make this suggestion: that perhaps what we would be wisest to do is to stand Clause 10 and give everybody more time to think about it, because it appears to me that Clause 10 as it stands is technically what is called a tautology. I mean, it does not say anything.

I think committee members need more time to consider how Clause 10 might be amended in a way that would be acceptable to all of us. We could have the vote on my amendment, if you like, but regardless, unless, of course, it is accepted, I would suggest that we stand Clause 10 so we could have the opportunity to consider it further.

Mr. Lachance: On a point of order.

The Chairman: Mr. Lachance on a point of order.

Mr. Lachance: Whatever we do, that is fine, except I would just like to point out to the committee that if the committee votes against the amendment, I do not think it can be introduced again. So if it is to be stood, it has to be stood now, not after it has been voted on.

Mr. Blaikie: Well, let us stand it then, not in the interests of my amendment, but in the interests of us all having the opportunity to consider Clause 10.

The Chairman: Dr. Halliday has a comment.

Mr. Halliday: Just before you stand it, in response to Mr. Lachance's appropriate comments regarding my suggestion of using the word "insurable", I quite agree with his point, but that would be easily taken care of in Clause 2. Where we define "insured person", just change that to "insurable person" and you would achieve exactly what you said had to be achieved.

[Traduction]

faudra prévoir à l'article 2 une définition de «personnes assurables».

C'est là la seule réserve dont je voulais vous faire part. Peut-être qu'il pourrait nous rédiger quelque chose, car tous les termes du projet de loi sont censés être assujettis à l'interprétation de l'article 2. C'est tout ce que je voulais lui dire.

Mon deuxième point est le suivant: Peut-être que vous, monsieur le président, ou M. Blaikie, pourriez nous relire la formulation qu'il a proposée, car elle contient deux éléments distincts. Il a parlé du premier, mais je ne suis pas sûr qu'il ait expliqué le deuxième.

Le président: Monsieur Blaikie, pourriez-vous relire votre proposition . . . ?

M. Blaikie: D'accord. Le sujet de mon amendement était la ligne 14:

prévu par un régime assorti de conditions uniformes, sans qu'il y ait de conditions préalables.

Monsieur le président, pendant que j'ai la parole, je voudrais en profiter pour faire une suggestion, car je crois que le libellé de l'article 10, tel qu'il est rédigé à l'heure actuelle, pose un problème. J'ai l'impression que le Comité voit le bien-fondé de mes amendements, et je voudrais proposer que nous réservions l'article 10 pour permettre à tout le monde d'y réfléchir un peu plus. Il me semble que l'article 10, tel qu'il est rédigé actuellement, est techniquement ce qu'on appelle une tautologie. Je veux dire par là qu'il n'a pas tellement de sens.

Je crois que les membres du Comité ont besoin de temps pour réfléchir à la meilleure façon de modifier l'article 10 d'une manière acceptable pour tout le monde. On peut toujours mettre mon amendement aux voix, si vous voulez, mais à moins qu'il ne soit adopté, je propose que nous réservions l'article 10 pour avoir le temps de l'étudier davantage.

M. Lachance: J'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Lachance, sur un rappel au Règlement.

M. Lachance: Je voudrais simplement signaler aux membres du Comité que si l'amendement est mis aux voix, je ne crois pas qu'il sera possible de le présenter de nouveau. Donc, si nous voulons le réserver, il faut le faire tout de suite, plutôt que d'attendre de l'avoir mis aux voix.

M. Blaikie: Eh bien, réservons-le tout de suite, car ce serait dans l'intérêt de tous les membres qui veulent avoir l'occasion d'examiner davantage l'article 10.

Le président: Le docteur Halliday voudrait prendre la parole.

M. Halliday: Avant que vous le réserviez, pour répondre aux observations de M. Lachance en ce qui concerne ma proposition du terme «assurable», je voudrais lui dire que je suis d'accord avec lui mais que nous pourrions régler le problème à l'article 2. À la place du terme «assuré», nous pourrions dire «personne assurable», ce qui nous permettrait de régler le problème que vous avez soulevé.

[Text]

Mr. Blaikie: But I think that is something we need to seek advice on.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Because this does not make sense.

Mr. Blaikie: Do we stand it, Mr. Chairman?

The Chairman: Order, please; Mr. MacLellan has the floor.

Mr. MacLellan: I just wanted to say that there is a considerable difference between "insured persons" and "insurable persons".

The Chairman: It has been suggested that we stand Clause 10. We need unanimous consent to stand Clause 10 as amended at the present time. Is there any comment on that suggestion?

Mr. MacLellan: We could stand it, if that is the wish of the...

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, when it is not abused, it is a courtesy once in a while, when a member of the committee asks the committee for some time to consider, to grant that request. From that point of view I do not have, personally, any objection to standing this clause until the next meeting. We can reopen it at that time.

Clause 10 as amended allowed to stand.

The Chairman: We will carry on with Clause 11.

On Clause 11—*Portability*

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move two amendments to Clause 11, both with respect to Subclause (1), which appear on pages G-13 and G-14.

I move that Clause 11.(1) of Bill C-3 be amended by striking out line 41 on page 7 and substituting the following:

for similar services rendered in the province, with due regard, in

• 1655

The Chairman: Do you have a brief comment?

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, while some provinces, notably Quebec and British Columbia, have concerns with respect to the portability criteria that no substantive amendments are proposed, I think the best would be to ask the minister to comment on this, if she would.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Simply to clarify, Mr. Chairman, that the average or whatever technique is used has to be taken from similar service in the given province, x, y, z and not against the measurement in another location, so it is to clarify what has always been understood.

The Chairman: Are there any other comments on the amendment?

[Translation]

M. Blaikie: Mais je crois que c'est une question sur laquelle nous devrions nous faire conseiller d'abord.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce libellé n'a pas de sens.

M. Blaikie: Allons-nous le réserver, monsieur le président?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît; M. MacLellan a la parole.

M. MacLellan: Je voulais dire qu'il y a une différence importante entre le terme «assuré» et le terme «personne assurable».

Le président: On nous a proposé de réserver l'article 10. Il faut l'accord unanime des membres du Comité pour réserver l'article 10, tel que modifié à l'heure actuelle. Pourrais-je avoir l'avis des membres à cette suggestion?

M. MacLellan: Nous pouvons très bien le réserver, si c'est le désir des...

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, à condition qu'on n'abuse pas de ce privilège, on peut de temps en temps accepter la demande d'un député qui voudrait accorder un peu plus de temps aux membres du Comité pour examiner un amendement. Personnellement, je n'ai pas d'objection à ce que nous réservions cet article jusqu'à la prochaine séance. Nous pouvons en reparler à ce moment-là.

L'article 10, tel que modifié, est réservé.

Le président: Nous allons continuer en passant à l'article 11.

Article 11—*transférabilité*

M. MacLellan: Monsieur le président, je voudrais proposer deux amendements à l'article 11, et les deux concernent le paragraphe (1) aux pages G-13 et G-14.

Je propose que le paragraphe 11(1) du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, à la ligne 32, page 7, de ce qui suit:

des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il

Le président: Avez-vous quelque chose à dire?

M. MacLellan: Monsieur le président, bien que certaines provinces, notamment le Québec et la Colombie-Britannique, n'aimeraient pas que les critères de transférabilité soient amendés de façon importante, je crois qu'il vaudrait peut-être mieux demander au ministre de nous donner son point de vue là-dessus.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Je voudrais simplement préciser, monsieur le président, que la moyenne ou la méthode utilisée doit reposer sur les services analogues dans la province en question, plutôt que sur une évaluation dans une autre province. Je voulais juste préciser ce qui a toujours été sous-entendu.

Le président: Y a-t-il d'autres commentaires sur l'amendement?

[Texte]

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I just wanted to ask this: if somebody goes out of Canada for some kind of operation, would he only get paid what the province would pay for that service regardless of whether or not that service was available in the home province, and regardless of whether or not he were referred outside of the country by his doctor?

Madam Bégin: Okay. This means that by law the minimum that must be paid back by the province is what would be charged for similar services in that province by a physician to, say, a regional or a national average cost. In practice there are two kinds of such circumstances: The person who is outside of the country and receives emergency treatment, and the person who on an elective basis goes outside of the country, in which cases, in all provinces prior consent is needed. Our act allows provinces to require prior consent by that province to the elected treatment *x, y, z*. So, this is by law the minimum that must be paid.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, the provinces could elect to pay the full amount.

Madam Bégin: Oh, yes.

Mr. Blaikie: That could be a policy of a particular province. Is that right?

Madam Bégin: Yes.

The Chairman: Are there any further comments on this? Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, I wonder whether the minister would have any objection, just for clarification, by spelling it out: "for similar services rendered in the province of residence".

Madam Bégin: No, I would not accept that.

Mr. Reid (St. Catharines): You would not accept that.

Madam Bégin: Because residence means something different. You could reside in one province and be registered in another province because of your work; because of the mobility of Canadians inside Canada. I think that would be misleading.

Mr. Reid (St. Catharines): It is a little confusing to me, Mr. Chairman, whether the similar services rendered in the province means rendered in the province where the services are rendered or rendered in the province where the person resides.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): How do we say "back home"?

The Chairman: Mr. Blaikie, do you have a further comment?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, my concern here and perhaps this existed in the original text too and it is just becoming clear to me, that people will not get the same kind of portability under these conditions out of the country as they will between provinces. As I understand the portability requirements in the bill as it is now, people will not get caught having to pay sums of money because they were still a resident of B.C., even

[Traduction]

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je voulais poser la question suivante: si quelqu'un quitte le Canada pour se faire opérer, pourrait-il se faire rembourser uniquement le montant payable dans la province de résidence de l'intéressé, que ce service y soit offert ou non, et même si son propre médecin lui a recommandé un médecin travaillant à l'extérieur du Canada?

Mme Bégin: D'accord. Donc, selon la loi, le minimum payable par la province sera le montant qu'un médecin de la province ferait payer pour obtenir des services analogues en se fondant sur un coût moyen régional ou national. En pratique, il y a deux sortes de circonstances de ce genre: lorsqu'une personne se trouve à l'extérieur du Canada et doit se faire traiter pour une urgence, ou alors, la personne choisit elle-même de se faire traiter à l'extérieur; dans les deux cas, toutes les provinces exigent leur approbation préalable. Notre loi permet aux provinces d'exiger leur consentement préalable pour obtenir certains traitements. Donc, selon la loi, il y aura un montant minimum payable par les provinces.

M. Blaikie: Monsieur le président, les provinces pourraient décider de payer le montant intégral.

Mme Bégin: Oui, bien sûr.

M. Blaikie: Une province pourrait adopter une telle politique si elle le voulait, n'est-ce pas?

Mme Bégin: Oui.

Le président: Y a-t-il d'autres questions? Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, je me demande si la ministre serait d'accord pour qu'on précise davantage la situation en disant «des services semblables fournis dans la province de résidence».

Mme Bégin: Non, ce serait inacceptable.

M. Reid (St. Catharines): Cela ne vous conviendrait pas.

Mme Bégin: Non, car la résidence, c'est autre chose. On peut très bien résider dans une province donnée et être inscrit dans une autre province à cause de son travail; étant donné la mobilité des Canadiens, je crois qu'on les induirait en erreur en utilisant un tel libellé.

M. Reid (St. Catharines): Eh bien, monsieur le président, je ne comprends pas très bien si les services semblables fournis dans la province veut dire dans la province où les services sont fournis ou dans la province de résidence de l'intéressé.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Comment faut-il dire «chez soi»?

Le président: Monsieur Blaikie, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Blaikie: Monsieur le président, ce qui m'inquiète ici—et ce problème se posait peut-être dans le texte original, mais je viens de m'en rendre compte—c'est que les Canadiens ne bénéficieront pas du même genre de transférabilité s'ils se font traiter en dehors du pays plutôt que dans une autre province, par exemple. Si je comprends bien les conditions de transférabilité de la loi, telle qu'elle est rédigée à l'heure actuelle, les

[Text]

though they have already moved to Manitoba, etc., and they got sick in the first three months they were in Manitoba, etc.. That would be limited, but they still could get hit with quite a fee if they happened to go outside the country and the fee outside the country was considerably larger than what their home province paid. Is that right?

Madam Bégin: Yes.

• 1700

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, on that, is that not applicable in any case? It is applicable right now. A person leaving the province for a period of time, either for a short duration, such as a vacation, or for a length of time, has several options: either . . .

An Hon. Member: Stay at home.

Mr. Epp:—stay at home; that is one—take a risk that he or she will not be ill; or pay it; or take private insurance. And that is what I would think is still the best advice. I just do not see how we can cover in a Bill, here, the fact that people are very mobile. And they are mobile not only within the country; they also are mobile offshore.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): And the ones who go out of the country can afford that dollar a day.

Amendment agreed to.

The Chairman: Is there a second amendment, Mr. MacLellan?

Mr. MacLellan: Yes, I would like further to amend Clause 11. I move that the French version of Clause 11.(1) of Bill C-3 be amended first by striking out line 20 on page 7 and substituting the following:

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour

—and secondly, by striking out line 36 on page 7 and substituting the following:

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le

The Chairman: Mr. MacLellan, do you have any comments on the amendment, or would you like the Minister to comment?

Mr. MacLellan: It is just a translation clarification, Mr. Chairman.

Mr. Blaikie: It would be nice to have an explanation.

The Chairman: Madam Minister.

Mme Bégin: Avec grand plaisir, monsieur le président. Chacune des deux fois, on avait dans le texte anglais «provide», et «be administered and operated». En français, dans les deux cas, un des membres de phrase a été oublié, et serait exprimé

[Translation]

Canadiens ne se verront pas imposer des frais de soins médicaux du fait d'avoir quitté la Colombie-Britannique, par exemple, pour aller s'installer au Manitoba. Ça leur donne une sorte de protection, mais ils pourraient tout de même avoir des frais importants à payer s'ils se faisaient traiter en dehors du pays et si les honoraires payables dans cet autre pays étaient beaucoup plus importants que le montant payable dans la province de résidence de l'intéressé. Est-ce exact?

Mme Bégin: Oui.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Il me semble que c'est déjà le cas, non? C'est ce qui arrive maintenant. Une personne qui quitte la province pour une certaine période, pour des vacances, par exemple, ou même pendant longtemps, a plusieurs possibilités: il peut . . .

Une voix: Rester chez lui.

M. Epp: . . . rester chez lui; prendre le risque qu'il ne tombera pas malade; payer la facture; ou obtenir une assurance privée. Et il me semble que cette dernière possibilité est toujours la meilleure solution. Je ne vois pas comment nous pourrions protéger tous les Canadiens, qui sont très mobiles, dans un projet de loi. Les Canadiens voyagent beaucoup non seulement au Canada, mais à l'extérieur du pays.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Et ceux qui vont à l'étranger ont les moyens de payer un dollar par jour pour s'assurer.

L'amendement est adopté.

Le président: Y a-t-il un deuxième amendement, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Oui, je voudrais proposer un autre amendement à l'article 11. Je propose que le paragraphe 11(1) de la version française du projet de loi C-3 soit modifié par substitution à la ligne 20, page 7, de ce qui suit:

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour

b) substitution, à la ligne 36, page 7, de ce qui suit:

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le

Le président: Monsieur MacLellan, avez-vous quelque chose à dire au sujet de l'amendement, ou voulez-vous qu'on donne la parole à madame le ministre?

MacLellan: Il s'agit d'une clarification de la traduction française, monsieur le président.

M. Blaikie: J'aimerais qu'on nous explique le changement en question.

Le président: Madame le ministre.

Madam Bégin: With pleasure, Mr. Chairman. In both cases, the English text used the words "provide," and "be administered and operated". In French, in both cases, part of this phrase was omitted, and will now be rendered by the expres-

[Texte]

par l'expression «et que ses modalités d'application assurent». C'est là qu'est la concordance.

The Chairman: Mr. Marceau.

M. Marceau: Monsieur le président, je voudrais signaler qu'il ne s'agit pas de faire une concordance de textes, mais bien une concordance d'idées. Ce n'est pas une traduction que l'on fait, c'est une concordance d'idées. Les deux idées sont exprimées chacune dans sa langue officielle.

Amendment agreed to.

Clause 11 as amended agreed to.

On Clause 12—*Accessibility*

The Chairman: Mr. MacLellan, you have an amendment.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move an amendment to Clause 12 as found on page G-15. I move that Clause 12 of Bill C-3 be amended by striking out lines 41 and 42 on page 8 and substituting the following:

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hos-

The Chairman: Madam Minister, do you have comment on this?

Madam Bégin: Just to say, Mr. Chairman, that it makes 12.(d) a new text—not identical, but like the existing health legislation.

• 1705

The Chairman: Are there any further comments on the amendment?

Mr. Hudecki: I have another amendment but it has to do with Clause 12(c).

The Chairman: We will speak to Mr. MacLellan's amendment first of all. I will call the question then?

An Hon. Member: No, no.

The Chairman: Mr. Epp, do you have any comments?

Mr. Epp: No, Mr. Chairman, I was concentrating on something else, frankly. Are we through? Are you still on G-15?

The Chairman: I am still on G-15, yes.

Mr. Reid (St. Catharines): If I might, as a nonvoting member, Mr. Chairman, I just wanted to raise the concerns of the medical profession with respect to adequacy. We have already gone through the business of indicating the main purpose of the Bill and removing from them one of the bargaining powers when they come to negotiating schedules of fees. And there has been an expression of concern...

[Traduction]

sion "et que ses modalités d'application assurent". This is the change being made to ensure compatibility between the two.

Le président: Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Mr. Chairman, I would just like to point out that it is not so much making the two texts compatible, but rather, making the ideas expressed in them compatible. You are not simply translating here, but making the ideas expressed compatible. In both cases, the ideas are expressed appropriately in each official language.

L'amendement est adopté.

L'article 11, tel que modifié, est adopté.

Article 12—*Accessibilité*

Le président: Monsieur MacLellan, vous avez un amendement à présenter, je crois.

M. MacLellan: Monsieur le président, je voudrais proposer la modification de l'article 12 et cet amendement figure à la page G-15. Je propose que l'article 12 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, aux lignes 30 et 31, page 8, de ce qui suit:

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpi . . . »

Le président: Madame le ministre, avez-vous des commentaires à faire?

Mme Bégin: Je voulais signaler aux membres, monsieur le président, que l'objet de l'amendement est de rendre le paragraphe d) de l'article 12, non pas identique, mais semblable aux dispositions de la loi relative aux soins médicaux qui existe déjà.

Le président: Y a-t-il autre chose à propos de cet amendement?

M. Hudecki: J'aurais un autre amendement à proposer, mais il porte sur l'article 12(c).

Le président: Nous allons commencer par mettre en délibération l'amendement de M. MacLellan. Pouvons-nous passer au vote?

Une voix: Non, pas du tout.

Le président: Monsieur Epp, avez-vous quelque chose à dire?

M. Epp: Non, monsieur le président. Je dois vous avouer que je pensais à tout autre chose. Avons-nous fini? En sommes-nous toujours à l'amendement G-15?

Le président: C'est bien cela.

M. Reid (St. Catharines): Si vous me le permettez, puisque je n'ai pas le droit de vote, monsieur le président, je voudrais vous signaler les inquiétudes du corps médical à propos de la notion de ce qui est convenable. Nous avons déjà indiqué la raison d'être du projet de loi et nous leur avons enlevé l'un des instruments de négociation dont ils auraient pu se servir pour négocier leurs barèmes d'honoraires. Le corps médical s'est inquiété...

[Text]

Mr. Lachance: Just on a point of order, Mr. Chairman. I hate to interrupt Mr. Reid but we are not talking about the doctors' section now, we are talking about the hospitals section and we could go back to the doctors.

Mr. Reid (St. Catharines): G-15, maybe I am looking at the wrong motion—"must provide for payment of amounts to hospitals". That is (b), all right? That is, "adequate amounts to hospitals" and we have removed the word "adequate".

The Chairman: That is right. Carry on, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): And I question and wonder why there has been the removal of that word. There might be a reasonableness. There might be a discretion. There might be a range with respect to that word "adequate", but at least give some indication that there should be appropriate funding of the hospitals.

The Chairman: Madam Minister, do you want to comment first of all?

Madam Bégin: Simply a point of information for Members. The HIDS existing legislation says:

Makes provision for the payment of amounts to hospitals . . .

We think we should have the text as close as possible and that is why we delete the word which seems to convey a value judgment and was not in the existing legislation.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

I understood when this was mentioned the other day that the reason the word "adequate" was being deleted was to make it conform more to the legislation than has been in effect heretofore. But it does seem to me that if there is one thing we should be saying it is that there should be adequate funding to hospitals.

I am very concerned about the fact that we are entering into all kinds of new areas of health care, equipment that is going to have to go into hospitals, tremendously expensive equipment, if we are to ensure that the health care we want—forget that we were going to hopefully expand it out into community centres and so on—but where it is operating now under the Hospitals and Diagnostic Services Act. What has happened in our hospitals in the last few years is nothing short of a revolution and what they are not receiving at the present time is adequate funding to meet the needs of equipment and services that have to be provided to people going to the hospitals.

[Translation]

M. Lachance: Un rappel au Règlement, monsieur le président. Je répugne à interrompre M. Reid, mais nous ne parlons pas pour le moment des médecins, mais bien des hôpitaux, et nous pourrions revenir ultérieurement aux problèmes du corps médical.

M. Reid (St. Catharines): Il s'agit de l'amendement G-15, et il se peut que je n'aie pas le bon texte. Le texte est le suivant: «prévoir le versement de montants aux hôpitaux». Il s'agit de l'alinéa b), n'est-ce pas? Le texte initial parlait de «montants convenables aux hôpitaux» et nous avons rayé le terme «convenables».

Le président: C'est bien cela. Poursuivez, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Et je ne peux pas m'empêcher de me demander pourquoi au juste on a supprimé ce terme. Il pourrait fort bien y avoir un élément de raison, un élément de discrétion; le terme «convenables» pourrait se sortir d'une certaine gamme en quelque sorte, mais au moins ce terme indiquerait d'une façon ou d'une autre que les hôpitaux doivent être financés d'une façon convenable.

Le président: Madame le ministre, auriez-vous quelque chose à dire en réponse à cela?

Mme Bégin: Simplement une petite précision à l'intention des députés. La Loi actuelle sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques dit ceci:

Qui pourvoit au paiement de montants aux hôpitaux . . .

A notre avis, nous devrions avoir un nouveau texte qui se rapproche le plus possible de cette version, et c'est la raison pour laquelle nous supprimons un mot qui nous semble conférer un jugement de valeur qui n'existait pas dans la loi précédente.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Je pense que la chose avait été mentionnée l'autre jour et il me semblait qu'on avait dit que la raison pour laquelle il fallait supprimer le terme «convenables» était un souci de conformité par rapport à la législation existante. Il me semble toutefois que s'il y a une chose que nous devrions préciser, c'est bien que les hôpitaux doivent être convenablement financés.

Ce qui m'inquiète beaucoup, c'est le fait que nous assistons à l'émergence de toute une série de nouveaux soins, les hôpitaux vont devoir se munir d'un matériel tout nouveau, un matériel extrêmement coûteux, si nous voulons toutefois obtenir le régime que nous souhaitons—oublions cet élargissement que nous espérons au niveau des centres communautaires par exemple—et il n'en reste pas moins que cela relève à l'heure actuelle de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Depuis quelques années, on assiste dans nos hôpitaux à une véritable révolution et la seule chose qui manque à l'heure actuelle à ces hôpitaux, c'est un financement convenable, un financement qui leur permettrait d'acquérir le matériel et les services nécessaires pour pouvoir soigner les patients.

[Texte]

I do not think we are interfering with the provincial regimes when we say that hospitals should receive adequate funding. I think it is just something we can put in as a thrust of the way we want to see our health care system provided. So I would like to see the word adequate remain in.

The Chairman: Thank you. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: It is strange how we reach a totally different conclusion while agreeing with what Miss MacDonald has just said. Of course we are agreed that hospitals should have adequate funding. There is no question about that. It is twofold; the problem is, first, that it is clearly not a responsibility of the federal government to dictate to the Provinces how they should operate with their own hospitals—that is clearly a provincial responsibility. Second, the fact of the matter is that the word “adequate” does not appear in the previous Act, which may be recognition of the fact that when it was first drafted the legislator found it was not proper at that time to provide that value judgment. Even though I agree with the reasoning of my colleague on the other side, I am going to arrive at the other conclusion, that I do not see how we can leave that word in. Actually, it was clearly spelled out by many provincial ministers when they came before this committee, that that word could create all kinds of problems, although they also agreed that hospitals should be funded even if some groups, some hospitals, use this federal legislation to challenge what is purely a provincial responsibility. So for all those reasons, I think the word should not be there. But I agree with what the Member says.

• 1710

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, part of the continuing irony of the health care debate is that we find the traditional defenders of the provincial jurisdiction arguing that the federal government should have this power to require of the provinces that they do certain things, and we find those who are traditionally callous to the sensitivities of the provinces arguing that we have to take out the word “adequate” because the province . . .

Mr. Epp: Where do you stand?

Mr. Blaikie: We have always stood for the truth, Mr. Chairman, which has always been different, almost by definition, from any position taken by either the Liberal or the Conservative Party.

Mr. Chairman, unless it can be proved that this would make it possible for those who were concerned about the funding of hospitals in particular provinces to directly appeal to the federal government, on the grounds that their hospital services

[Traduction]

Je ne pense pas qu'il y ait de quelque façon que ce soit ingérence dans les régimes provinciaux si nous nous contentons de dire que les hôpitaux devraient être convenablement financés. Ce serait pour nous simplement une façon d'insister sur la nécessité qu'il y a pour nous de pourvoir convenablement à notre régime. J'aimerais donc que le terme «convenables» soit conservé.

Le président: Je vous remercie. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Il est étrange de constater qu'alors que nous sommes tout à fait d'accord avec ce que M^{lle} MacDonald vient de nous dire, nous en arrivons néanmoins à des conclusions tout à fait différentes. Bien sûr nous sommes d'accord pour dire que les hôpitaux devraient être convenablement financés. C'est indubitable. Mais il y a deux volets à la question: le problème est pour commencer que ce n'est de toute évidence pas au gouvernement fédéral de dicter aux provinces la façon dont elles devraient s'occuper de leurs propres hôpitaux, car il s'agit incontestablement d'une responsabilité provinciale. En second lieu, il est parfaitement clair que le terme «convenables» est absent du texte de loi actuel, ce qui est peut-être la preuve du fait que, lorsque cette loi avait été rédigée, les législateurs avaient estimé qu'il s'agissait là d'un jugement de valeur qu'il ne convenait pas de porter. Même si j'accepte le raisonnement de ma collègue, je me dois de tirer la conclusion inverse, en ce sens que je ne conçois pas qu'on puisse conserver ce terme. De fait, un bon nombre de ministres provinciaux ont parfaitement précisé, lorsqu'ils ont comparu devant nous, que ce terme pourrait entraîner toute une série de problèmes, et ce même si ces ministres étaient d'accord pour dire que les hôpitaux devaient être financés, même si certains groupes, certains hôpitaux, risquaient d'utiliser la loi fédérale pour contester une responsabilité intrinsèquement provinciale. Pour toutes ces raisons donc, je pense que ce terme ne devrait pas être utilisé. En revanche, je suis d'accord avec le raisonnement du député.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, ce qui reste malgré tout ironique dans tout ce débat relatif à la santé publique, c'est que nous nous rendons compte que ceux qui ont toujours défendu la compétence des provinces soutiennent maintenant que le gouvernement fédéral devrait avoir le pouvoir d'exiger de ces mêmes provinces qu'elles fassent ceci ou cela, et de la même façon nous nous rendons compte que ceux qui ont toujours battu en brèche les susceptibilités des provinces soutiennent pour leur part que nous devrions supprimer ce terme «convenables» parce que les provinces . . .

M. Epp: Dans quelle catégorie vous situez-vous?

M. Blaikie: Nous avons toujours défendu la vérité, monsieur le président, cette vérité qui, c'est quasiment une définition, a toujours échappé aux positions adoptées par les Libéraux et les Conservateurs à la fois.

Monsieur le président, à moins qu'on puisse me prouver que cette solution permettrait à tous ceux qui s'inquiètent du problème du financement des hôpitaux dans certaines provinces d'interjeter directement appel auprès du gouvernement

[Text]

were not being adequately funded, I do not see what is desperately wrong with leaving in the notion of adequacy. At one point it would have been hard to imagine, but you can imagine a few provincial governments that might be vicious enough to starve their hospital system for various political reasons. The Government of British Columbia comes to mind quickly. I do not see what would be wrong with leaving in the notion of adequate amounts.

The Chairman: I will call the amendment now, then. Order, please.

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, when you called Clause 12, I think simply by force of habit you automatically went to the parliamentary secretary to move the first amendment. If you take a look, we have now worked on Clause 12.(d) and I have an amendment to lines preceding that, namely, lines 38 to 40. I believe I need unanimous consent to go back, unless you are not acting quite that formally. I would hope that I have that consent.

The Chairman: I was taking the clause as a whole, Mr. Epp. We have been kind of going line by line so far. I would think, however, in any event, you have the consent to proceed if you have an amendment now.

Mr. Epp: Yes, I do. Mr. Chairman, perhaps you could have the table circulate the proposed amendment to Clause 12, page 8.

The Chairman: Could you just hold off for a second.

• 1715

M. Marceau: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. J'ai remarqué que c'est la première fois que nous recevons un amendement de notre ami dans les deux langues officielles, et je tiens à le féliciter. On voit que ça fait son chemin. Excellent.

Une voix: Le gouvernement du Manitoba.

M. Marceau: Cela prouve que le gouvernement du Manitoba va aller de l'avant bientôt.

Mr. Epp: You will notice that you have not had problems with me on this issue.

The Chairman: Mr. Epp, do you want to move your amendment now, please.

Mr. Epp: Yes. My colleague should have been a little careful with his felicitations because when I am through the last part he might not be quite as exultant; but I will read it.

[Translation]

fédéral, en soutenant que les services hospitaliers dont ils bénéficient dans leur province sont insuffisamment financés, je ne vois vraiment pas pourquoi on ne pourrait pas conserver cette notion dans le texte, et garder le terme «convenables». La chose aurait pu jadis être impensable, mais on pourrait fort bien imaginer que certains gouvernements provinciaux puissent pousser le vice au point d'étouffer leur système hospitalier pour l'une ou l'autre motivation d'ordre politique. Le gouvernement de la Colombie-Britannique est un exemple qui vient immédiatement à l'esprit. Je ne vois donc pas en vertu de quels principes on devrait s'interdire de parler de montants convenables.

Le président: Je vais maintenant mettre l'amendement aux voix. À l'ordre, s'il vous plaît.

L'amendement est adopté.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, lorsque vous avez mis en délibération l'article 12, je pense que vous aviez automatiquement demandé au secrétaire parlementaire de proposer le premier amendement. Mais à y regarder de plus près, il apparaît que nous venons de faire l'article 12.d) et j'aurais quant à moi un amendement à proposer aux lignes précédentes, en l'occurrence les lignes 27 à 29. Je pense qu'il me faut le consentement unanime pour pouvoir y revenir, à moins que vous n'ayez procédé sans formalité. J'espère quoi qu'il en soit obtenir ce consentement unanime.

Le président: J'avais mis en délibération l'article dans son ensemble, monsieur Epp et, jusqu'à présent, nous avons avancé en quelque sorte ligne par ligne. Quoi qu'il en soit, je pense que vous avez effectivement le consentement unanime si vous avez un amendement à proposer.

M. Epp: C'est effectivement le cas, monsieur le président, et vous pourriez peut-être faire distribuer mon texte d'amendement à l'article 12 de la page 8.

Le président: Un petit instant, s'il vous plaît.

Mr. Marceau: Mr. Chairman, on a point of order, please. I noticed that this is the first time that we receive from our good friend an amendment in both official languages and I would like to congratulate him. That is some progress. Excellent.

An hon. Member: The Manitoban government.

Mr. Marceau: This proves that the Government of Manitoba will soon move forward.

M. Epp: Vous aurez également remarqué que vous n'avez rien à me reprocher à ce sujet.

Le président: Monsieur Epp, auriez-vous l'obligeance de proposer votre amendement?

M. Epp: Certainement. Mon collègue aurait dû peut-être faire preuve d'un peu plus de prudence avant de me féliciter car, lorsque j'en aurai terminé avec la dernière partie, il sera peut-être un peu moins enthousiaste. Je vais donc vous le lire.

[Texte]

Mr. Chairman, I move that Clause 12 be amended by striking out lines 38 to 40 on page 8 and substituting the following:

(c) Must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners and dentists, by the enactment of a law providing for negotiation of compensation with a provincial organization, representing a majority of the practising physicians in the province; and for the settlement of disputes by conciliation or binding arbitration at the option of the medical profession's organization by a panel consisting of

(i) an equal number of members appointed by the medical profession's organization and by the government; and

(ii) a chairman agreed upon by such members provided that if agreement cannot be reached, the chairman shall be appointed by the Chief Justice of the province; and

This is where I am deviating. I apologize but we could not get the typing done in the last-minute negotiations and I will dictate it slowly enough to put in a (iii). And I apologize to my colleagues that it will not be *en français*. In other words delete the "(iii)" you have on yours, and substitute the following words:

(iii) any decision of a binding arbitration panel may be altered by specific legislation of the government.

The Chairman: Mr. Epp, do you want to speak to your amendment?

Mr. Blaikie: Could we have clarification, Mr. Chairman?

The Chairman: Perhaps Mr. Epp could speak to his amendment briefly, first of all.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I will try to be as succinct as possible to help the committee.

Mr. Chairman, now that we have established clearly the purpose of the bill—and I feel more comfortable in working with the bill, frankly—there is no doubt from the discussions that have taken place around this table—I have raised the question a number of times and I am not trying to be the only person who has done it, many have done it—that if we change the equilibrium that exists from province to province in terms of the medical professional and his relationship to the government of that province and specifically the health service commission of that province, this Bill in fact brings in another element. The element it brings in is that if extra billing is allowed, there will be a financial penalty assessed against that hospital service or against that province, whatever the circumstance.

Throughout this debate, I and others have been concerned that if that is the case, and there is no doubt that in the public

[Traduction]

Monsieur le président, je propose que l'on modifie l'article 12 en remplaçant les lignes 27 à 29 de la page 8 par ce qui suit:

c) Prévoit une rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes, au moyen d'une règle de droit prévoyant au sujet de la rémunération, des négociations avec l'association provinciale représentant la majorité des médecins exerçant dans la province; et le règlement des différends par conciliation ou arbitrage exécutoire, au choix de l'association médicale, par une commission composée:

i) de membres nommés en nombre égal par l'association médicale et par le gouvernement; et

ii) d'un président accepté par les membres ou, à défaut d'accord des membres à ce sujet, nommé par le juge en chef de la province; et

Et c'est ici que je m'écarte un peu du texte initial. Excusez-moi, mais nous n'avons pas pu faire dactylographier le nouveau texte dans le cadre des négociations de dernière minute, et je vais vous le lire suffisamment lentement pour que vous puissiez compléter vos notes à propos du point iii). J'aimerais également que mes collègues me pardonnent, mon texte sera uniquement en anglais. En d'autres termes donc, vous supprimez dans le texte de mon amendement que vous avez reçu l'alinéa iii) pour le remplacer par ce qui suit:

iii) toute décision rendue en arbitrage exécutoire par la Commission peut être modifiée par une loi expresse du gouvernement.

Le président: Monsieur Epp, voulez-vous défendre votre amendement?

M. Blaikie: Pourrions-nous avoir une petite précision, monsieur le président?

Le président: Peut-être que M. Epp aimerait-il d'abord défendre brièvement son amendement.

M. Epp: Monsieur le président, je vais essayer d'être aussi bref que possible pour ne pas retarder le Comité.

Monsieur le président, étant donné que nous avons posé sans ambiguïté la raison d'être du projet de loi, et en toute franchise je suis maintenant beaucoup plus à l'aise pour en traiter, il ne fait aucun doute, d'après les entretiens que nous avons ici même, et j'en ai d'ailleurs parlé à plusieurs reprises, sans vouloir être le seul à le faire, de nombreux collègues l'ont fait également, il ne fait donc aucun doute que, si nous changeons l'équilibre actuel qui existe entre les provinces dans leurs tractations avec le corps médical et dans les tractations entre ce dernier et le gouvernement de chaque province, entendons plus particulièrement par là la Régie des services de santé de la province, nous introduisons un élément nouveau par le biais de ce projet de loi. Il s'agit en l'occurrence du fait que, si nous autorisons la surfacturation, les services hospitaliers ou la province coupables, quelles que soient les circonstances de l'acte, se verront imposer une sanction financière.

Depuis le début du débat, j'ai exprimé mes inquiétudes à ce sujet, et je n'ai d'ailleurs pas été le seul, en affirmant que si

[Text]

mind, legislation penalizing extra billing is in the general interest of the public, by the same token we must then also be careful that the individuals who work in that system and whose method of payment or its climate of negotiation is now altered, can in fact not only negotiate in good faith, but that in fact fairness can prevail.

• 1720

There are a number of reasons why that is important. One of the reasons obviously is that when you deal with any profession, their best quality of work can only be assured if the conditions in which they work and the payments for services which they receive, while not possibly as high as they would have liked to see them in the negotiation process—there is a natural equilibrium that develops, namely that they feel the settlement and the process by which the settlement was arranged and achieved were fair. A number of us have been involved in that from time to time, and we have come out of negotiations sometimes feeling they were fair; sometimes that we negotiated a better deal than we thought we maybe we would have got; and sometimes that the cards, the negotiating conditions, were such that we could not bargain in good faith.

So my first point is the matter of the best service from the professionals. While it does not relate simply to dollars—and I do not think we can forget the dollar aspect—I believe a much stronger argument is the professional vision a person has of himself or herself that the services they are rendering, the experience they have gained, the training they have taken, in fact are being recognized—not only financially... by those with whom they bargain.

My second point I make is the one relating to the report of Justice Emmett Hall. Justice Hall clearly stated that extra-billing and user fees had the potential to erode the medicare system as we knew it. That was basically the burden of his argument on those two points. But he never kept those two points in isolation. He said to maintain medicare and the quality of service and the climate in which a profession operates best, there also had to be reasonable compensation—and not only reasonable compensation in bottom-line dollar value, but the climate in which that compensation has been arrived at.

What Justice Hall said I think is extremely important to this committee. If we are coming down in this Bill on the side of fairness to the public, if there was such a question of unfairness before, then to remain fair we also have to recognize the

[Translation]

c'était effectivement le cas, il est indubitable que, pour l'opinion publique, une loi qui pénalise la surfacturation correspond à l'intérêt public, nous devrions également dans la même foulée faire extrêmement attention à ce que ceux qui travaillent dans le cadre du système et dont le mode de rémunération ou pour qui le climat de négociation se trouve modifié, puissent effectivement non seulement négocier de bonne foi, mais puissent également tabler sur une certaine équité.

La chose est importante pour plusieurs raisons. En premier lieu, c'est évident, lorsque vous traitez avec un corps professionnel quel qu'il soit, la seule façon d'assurer le meilleur travail possible consiste à lui donner les conditions et les niveaux de rémunération adéquats, quoique pas nécessairement aussi élevés que ceux qu'il aurait pu vouloir obtenir par voie de négociation, et qu'à ce moment-là se crée un équilibre naturel, en l'occurrence le corps professionnel a le sentiment que le règlement de ses revendications et le processus de règlement de ces mêmes revendications ont été équitables. Plusieurs d'entre nous en ont déjà fait l'expérience, et lorsque nous sortions de la salle de négociations, nous avions parfois le sentiment d'avoir été traités avec équité, et nous avions parfois aussi le sentiment que nous avions obtenu de meilleurs résultats que nous l'aurions espéré; parfois encore, nous avions également le sentiment que les conditions de négociation, les cartes qui avaient été jouées, étaient telles que nous n'avions pas pu négocier de bonne foi.

Mon premier argument porte donc sur la question des meilleurs services possibles assurés par les professionnels. Même s'il n'y a pas simplement un rapport pécuniaire, et je ne pense pas qu'il faille oublier l'aspect pécuniaire, je reste convaincu qu'il y a un argument beaucoup plus valable, et il s'agit de la façon professionnelle dont le professionnel se conçoit lui ou conçoit les services qu'il fournit, l'expérience acquise, la formation qu'il a suivie, et il s'agit donc en quelque sorte d'avoir le sentiment que ceux avec qui on négocie reconnaissent votre valeur et ne la reconnaissent pas seulement d'un point de vue financier.

Mon second argument est directement relié au rapport de M. le Juge Emmett Hall. M. le Juge Hall a clairement affirmé que la surfacturation et les frais modérateurs risquaient d'entraîner une érosion du régime d'assurance médico-hospitalier tel que nous le connaissons actuellement. C'était essentiellement le cœur de son argumentation à ce propos. En revanche, il n'a jamais différencié les deux. Il a déclaré que pour conserver le système, la qualité des services et le meilleur climat possible pour qu'un corps professionnel puisse fonctionner, il fallait également une indemnisation raisonnable, raisonnable non seulement d'un simple point de vue financier, mais également du point de vue du climat dans lequel cette indemnisation était établie.

M. le Juge Hall a dit à cet égard quelque chose que j'estime être de la plus haute importance pour le Comité. Si nous nous rallions dans le cadre de ce projet de loi à l'optique de l'équité à l'endroit de la population, à supposer qu'on ait pu douter

[Texte]

fact that by changing the rules of the game we have to put into place a mechanism which brings back the quality of fairness. So I commend to the committee members very seriously again the report of Justice Emmett Hall.

The third point. There are people in the medical profession who will argue that this Bill in fact in a sense reduces their professional independence and is a civilian conscription of a type. I personally have difficulties with that argument. But I cannot . . . and I make this point very seriously—I do not think we can absolutely dismiss that in any profession there are very serious-minded people who are motivated much more by principle and as they see the oaths they take—in the case of the medical profession, the Hippocratic oath—and no matter how others might judge the value of that oath, they themselves hold that moral undertaking very seriously.

• 1725

So, the reason for my amendment . . . I will try to be specific, and I want to be as fair to the medical profession as to the nurses. I am not satisfied that, through the power of legislation that we have around this table and through Parliament, we can simply move a Bill and ignore the fact that it will impact on a group of professionals, the vast majority of whom, without a doubt in my mind, are highly dedicated, highly motivated, are dedicated to medicare and want to provide a service, foremost, to the public. I have been a little concerned during the debate around this table that the members of the medical profession from time to time have been castigated as the villains of the piece. I think that has been unfair. My attempt today is to bring forward a substantive amendment to address the fairness question.

As you will notice, Mr. Chairman, the argument can be made that we are again interfering in the provincial domain and that this amendment does that. But while I cannot say today that every province agrees with this amendment—I do not want to give that impression at all—I will say that there have been many provinces approached, not only by this member but by other people very much concerned with this Bill, and there is a sense, in a number of the provinces as well, that the question of fairness must be addressed. While we can all make our political statements, and do from time to time, the bottom line on this issue is that we must address the fairness question.

That is what I am trying to do. That is why we have proposed, Mr. Chairman, a paragraph whereby there will be an arbitration panel. I fully recognize that not all the medical professions—I am talking about the provincial organizations—have opted for or want arbitration. But I do not think we can go backwards and say that because they did not want it then, therefore they do not want it now, because the rules of the game are being changed by Bill C-3. So let us not use those old arguments either. The reason why I put in that Subparagraph 12.(c)(iii) "any decision" and the reason why it was not typed

[Traduction]

qu'il y ait eu équité, à ce moment-là si nous voulons rester équitables, nous devons également admettre que, si nous changeons les règles du jeu, nous devons également créer un dispositif susceptible de rétablir cette équité. Je tiens donc une fois encore à attirer très sérieusement l'attention des membres du Comité sur le rapport de M. le Juge Hall.

En troisième lieu, il y a des gens dans les milieux médicaux qui soutiendront que le projet de loi a effectivement pour conséquence de limiter leur indépendance professionnelle et d'en faire littéralement des conscrits pour un service civil. J'ai quant à moi du mal à admettre le bien-fondé de l'argument. En revanche, et je vous le dis très sérieusement, je ne saurais croire qu'on puisse catégoriquement nier le fait que, dans toutes les professions, il existe des gens extrêmement sérieux qui sont animés avant tout et surtout par un principe, par un serment qu'ils prêtent—et dans le cas des médecins, il s'agit du serment d'Hippocrate—et quelle que soit la valeur que les autres pourraient accorder à ce serment, ces gens-là prennent vraiment très au sérieux cet engagement moral qui est le leur.

Donc, ce qui motive mon amendement . . . Je vais essayer d'être précis et aussi juste pour la profession médicale que pour les infirmières. Je ne pense pas qu'il suffise d'exercer le pouvoir législatif dont nous jouissons autour de cette table et au Parlement pour introduire un projet de loi et ne pas nous préoccuper des répercussions qu'il aura sur une profession dont la majorité des membres sont, à n'en pas douter, hautement motivés et dévoués au principe de l'assurance-maladie et au public. Je m'inquiète un peu de voir que, durant le débat autour de cette table on a assigné à la profession médicale le rôle de méchants dans la fable. Cela me paraît injuste et c'est pourquoi aujourd'hui je propose cet amendement de fond qui veut instaurer l'équité.

Là encore, monsieur le président, on pourra avancer que nous nous ingérons dans la compétence des provinces et c'est certainement le cas de cet amendement. Toutefois, sans aller jusqu'à affirmer que toutes les provinces sont d'accord, moi-même et d'autres députés qui s'inquiètent beaucoup de ce projet de loi, en avons parlé avec plusieurs provinces qui reconnaissent, elles aussi, qu'il faut garantir l'équité. Peu importe les positions politiques prises ici et là, le fond du problème est celui de l'équité vis-à-vis des médecins.

C'est ce que j'essaie de faire par cet amendement qui propose d'instaurer une commission d'arbitrage. Je sais très bien que toutes les associations de médecins provinciales n'ont pas choisi ou ne souhaitent pas l'arbitrage. Mais je ne crois pas que nous puissions conclure que, ne souhaitant pas l'arbitrage alors, elles continuent de ne pas le vouloir, car aujourd'hui les règles du jeu ont été modifiées par le projet de loi C-3. N'invoquons donc pas cet argument périmé. La raison pour laquelle j'inscris à l'alinéa 12.(c) (iii) le terme «toute décision» et ne l'ai pas supprimé est que nous devons travailler au sein

[Text]

out was because we were working with a system; but what if a province were in a restraint period, for example, such as under the federal government's Bill C-124, the 6 and 5 program? I believe these words could cover that kind of contingency.

I am open to amendments where my wording is unclear, but I commend not only the amendment but the spirit of the amendment to the committee.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you have a comment?

Mr. Blaikie: Yes, Mr. Chairman. First of all, I would like to say that I am glad that an amendment in this area has been moved. I did not have the intention of moving one myself, but I anticipated that something would be moved in this area. I think obviously this has been one of the crucial areas of concern, particularly for the medical profession but really for everyone who is concerned about equilibrium in the system.

I have some problems with the amendment. I will begin by saying that right from the time that Mr. Justice Hall first recommended binding arbitration I have supported that position. But Mr. Justice Hall also recommended, as you will remember, the outlawing of extra-billing. The problem I have with this amendment is that there is a kind of inconsistency in it, in the sense that this really is an intrusion into provincial jurisdiction that goes beyond, and I think is qualitatively different from, the intrusion that the Bill, as it stands now, represents, in the sense that what the Bill does now is put conditions on the spending of federal money. There are penalties to the provinces by way of reductions in federal transfer payments for provinces that do not meet those conditions.

This goes beyond that, to require a province to enact a law providing for certain effects. I think one of the premises on which the amendment is based is faulty, in the sense that it assumes extra-billing is outlawed by this Bill. Extra-billing is not outlawed by this Bill. Extra-billing can continue. All that happens is that certain provinces that continue to allow extra-billing, at whatever level they allow it, will be penalized according to a certain formula. I think this may be a consequence of the linguistic sloppiness that has accompanied the debate, where people have often talked about "outlawing extra-billing". This Bill does not outlaw extra-billing. This Bill simply provides for penalties to provinces in which there is extra-billing.

Mr. Lang: It still alters the equilibrium.

Mr. Blaikie: I did not say it did not alter the equilibrium. But it does not outlaw extra-billing.

So the point I am trying to make is this. If you have binding arbitration, as is recommended here, if nothing else were changed in the Bill, you could have binding arbitration and extra-billing. And binding arbitration plus extra-billing is not binding arbitration. It does not achieve the goal of extra-billing if by the same Act we only create a context in which there are financial consequences for provincial governments where extra-billing occurs but there is not a similar prohibition—not

[Translation]

d'un système; qu'advierait-il si une province impose une période d'austérité, comme par exemple le gouvernement fédéral l'a fait avec son projet de loi C-124, le programme des 6 et 5? Je pense que ces termes couvriraient toutes les situations possibles.

Je suis disposé à accepter des sous-amendements qui viseraient à préciser le sens de ma proposition mais son esprit est clair et je souhaite qu'elle soit acceptée par le Comité.

Le président: Monsieur Blaikie, voulez-vous intervenir?

M. Blaikie: Oui, monsieur le président. Tout d'abord, je suis très heureux qu'un amendement dans ce sens ait été proposé. Je n'avais pas l'intention de le faire moi-même mais je pensais bien que quelqu'un le ferait. C'est effectivement l'un des gros sujets d'inquiétudes, non seulement pour la profession médicale mais pour tous ceux qui se préoccupent de l'équilibre du système.

Je ferai cependant quelques reproches à cet amendement. Lorsque le juge Hall a recommandé, au tout début, l'arbitrage obligatoire, j'ai été d'accord avec lui. Mais il avait recommandé également, vous vous en souviendrez, l'interdiction de la surfacturation. Le reproche que je fais à cet amendement est une certaine incohérence dans la mesure où il constitue une ingérence dans la compétence provinciale plus grande encore, et de qualité différente, que celle du projet de loi dans sa forme actuelle qui se contente, lui, d'imposer des conditions à la dépense de fonds fédéraux. Le projet de loi impose des pénalités aux provinces par le moyen de la réduction des versements de transferts fédéraux aux provinces qui ne respectent pas ces conditions.

Cet amendement va plus loin, imposant aux provinces de promulguer une loi faisant un certain nombre de choses. Je crois que la prémisse sur laquelle se fonde cet amendement est fausse car elle postule que ce projet de loi interdit la surfacturation. Ce n'est pas le cas. La surfacturation reste autorisée, le seul changement est que les provinces qui continuent à la pratiquer seront pénalisées en fonction d'une formule donnée. Cette erreur est peut-être due au relâchement linguistique qui a sévi durant ce débat où l'on a souvent parlé d'"interdire la surfacturation". Ce projet de loi n'interdit pas la surfacturation, il impose simplement des pénalités aux provinces qui la permettent.

M. Lang: Cela change quand même l'équilibre des choses.

M. Blaikie: Je n'ai pas dit que l'on ne touchait pas à l'équilibre, je dis que l'on n'interdit pas la surfacturation.

Je veux donc en venir à ceci. Si l'on a un arbitrage obligatoire, comme cet amendement le propose, et si aucun autre changement n'est apporté au projet de loi, on pourrait avoir à la fois arbitrage et surfacturation. L'arbitrage obligatoire accompagné de surfacturation ne sera pas un arbitrage obligatoire. On n'atteindra pas l'objectif concernant la surfacturation si par cette loi, nous créons un contexte dans lequel des conséquences financières frapperont les gouverne-

[Texte]

penalties for the continued allowance of, but prohibition of, extra-billing itself.

So as it stands, it seems to me we either have to go whole hog on this or recommend a process which is different from what you have recommended at this point, because if we are going to have binding arbitration, we really have to outlaw extra-billing. If you are prepared to go as far as you have into provincial jurisdiction to require a law that there be binding arbitration, then it seems to me you ought also to be prepared to go far enough to require a law that there be no extra-billing. In that case, binding arbitration—peachy. Let us give it a try. But you cannot intrude to require binding arbitration and not intrude to make sure that you cannot have extra-billing over and above binding arbitration; because that, for obvious reasons, would make it not binding.

So I think that is one major concern that I have with the amendment. I have a few other questions I would like to ask and maybe have answered by the mover. I am not sure I understand where it says:

... for the settlement of disputes by conciliation or binding arbitration, at the option of the medical profession's organization.

Are you saying this is a sort of either-or conciliation, or binding arbitration, or there is a kind of a sequence there: if conciliation fails, then you would go to binding arbitration? Would there be no requirement to try conciliation first before going to binding arbitration? What do you have in mind there?

The Chairman: Perhaps you might put your question. I have other people on my list, Mr. Blaikie, and perhaps they will have questions also.

Mr. Blaikie: Sure. Fair enough.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Could I help to clarify one point?

The Chairman: If it can be brief, Mr. Epp.

Mr. Epp: I will try to be brief. I would like to ask Mr. Blaikie and other members of the committee to consider, on the one problem that extra-billing and binding arbitration could be co-existing, whether the words "must provide", right in the beginning... and insert these words: "upon the elimination of extra-billing".

Would that satisfy you?

Mr. Blaikie: That would make it a lot better: "... must provide upon the elimination of extra-billing".

The Chairman: Perhaps, Mr. Blaikie, if you have finished your questions just for the moment, we might go to some other members and come back to you again later.

• 1735

Mr. Blaikie: All right, and I can think about that.

Mr. Epp: Mr. Chairman, on the other question I will try to answer, and again I will try to be brief.

[Traduction]

ments provinciaux qui autorisent la surfacturation s'il n'y a pas une interdiction similaire—et je ne parle pas ici de pénalités et d'interdiction—de la surfacturation elle-même.

Dans l'état actuel des choses, il me semble qu'il nous faut soit aller jusqu'au bout, soit nous recommander un processus différent du vôtre, car si nous voulons instaurer l'arbitrage obligatoire, il faut en même temps interdire la surfacturation. Si vous êtes prêts à une ingérence aussi profonde dans la sphère de compétence provinciale, en exigeant l'instauration de l'arbitrage obligatoire, alors il me semble que vous devez exiger en même temps la promulgation d'une loi interdisant la surfacturation. Si tel est le cas, en avant pour l'arbitrage, essayons toujours. Mais vous ne pouvez pas pousser l'ingérence jusqu'à exiger l'arbitrage obligatoire et ne pas aller jusqu'à exiger aussi la suppression de la surfacturation car, si elle existait, *ipso facto* l'arbitrage cesserait d'être contraignant.

Voilà donc ce qui me gêne le plus dans cet amendement. J'aurais quelques autres questions à poser à son auteur. Je ne sais pas très bien ce qu'il veut dire dans la phrase:

... pour le règlement des conflits par la conciliation ou par l'arbitrage contraignant, au choix de l'organisation professionnelle médicale.

Faudrait-il choisir ici une seule des deux options ou bien y aurait-il une sorte de séquence: en cas d'échec de la conciliation, on irait alors en arbitrage contraignant? N'y aurait-il pas obligation d'essayer d'abord la conciliation avant d'aller en arbitrage? Comment les choses se passeraient-elles?

Le président: Écoutons peut-être la réponse à votre question. J'ai d'autres noms sur ma liste, monsieur Blaikie, et ils ont peut-être également des questions.

M. Blaikie: Certainement, très bien.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Peut-être pourrais-je apporter une clarification?

Le président: À condition d'être bref, monsieur Epp.

M. Epp: Je vais essayer. Est-ce que M. Blaikie et d'autres membres du Comité seraient satisfaits, pour résoudre le problème de la coexistence de la surfacturation et de l'arbitrage contraignant, si j'ajoutais le membre de phrase: «après élimination de la surfacturation».

Est-ce que cela vous satisferait?

M. Blaikie: Cela améliorerait beaucoup les choses: ... «doit établir, après l'élimination de la surfacturation».

Le président: Si vous n'avez pas d'autres questions pour le moment, monsieur Blaikie, je pourrais peut-être donner la parole à d'autres députés et revenir à vous plus tard.

M. Blaikie: Très bien, comme cela je pourrai y réfléchir.

M. Epp: Monsieur le président, je vais essayer de répondre à l'autre question et d'être tout aussi bref.

[Text]

Mr. Blaikie, the same approach is put into words here as is used for the public service. Take either route. It is an option route.

Mr. Blaikie: All right.

The Chairman: I will go to the Parliamentary Secretary first, and then to Mr. Allmand. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I am interested in hearing other arguments on this. I think we all are, but I would just like to say that I would be in favour of standing this provision until Tuesday, if there was any doubt in anyone's mind. I think it deserves careful consideration, and I would like to move that. It can be entertained now, but I just thought to interject that so people know where we are going.

The Chairman: Mr. Allmand, you can comment first.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, I have some comments, and they may be helpful if we are going to stand it. These things should be considered.

I have sympathy for the principle put forward in the amendment by Mr. Epp, in that there should be fair compensation for medical practitioners, even through means of collective bargaining and arbitration and conciliation, but I have very serious misgivings about us putting forward a section in a federal law which would set out the details of how that should be done between provincial medical associations and provincial governments.

Now, in the review of the evidence that was provided for us, I know the medical associations were quite clear, several of them, that they wanted some system like this, and I remember asking questions on that point myself, but I cannot recall when the provincial ministers were here how many of them we directly put this to, and I think it is very important to rely on the evidence.

The summary of evidence that is given to us says that the provinces do not want the matters of reasonable compensation or adequate amounts to be determined by any standards set unilaterally by the federal government. Most expressed a desire that the wording to this section be amended to make this clear. In other words, they wanted it in the opposite direction.

If we are going to stand it until Tuesday, I would like to be able to re-examine myself the responses of the ministers from the provinces if asked this question. I cannot recall how many were asked directly. That is a very important point.

The other point is that the way Clause 12(c) is presently worded, and this is a question to the Minister that she may not want to answer today but may want to answer on Tuesday when we come back to this—the health care insurance plan of a province (c) must provide for reasonable compensation for insured health services—that is a condition of accessibility which, according to Clause 7, must apply if the province is to qualify for a full cash contribution.

Now I want to ask the Minister this question: Under what circumstances would the federal government, through the federal minister, come to a conclusion that reasonable compensation was not being paid to the medical practitioners

[Translation]

Monsieur Blaikie, c'est la même approche que j'ai choisie ici que celle qui est suivie dans la Fonction publique. On choisit l'une ou l'autre voie. C'est un choix.

M. Blaikie: Bien.

Le président: Je vais donner d'abord la parole au secrétaire parlementaire, puis à M. Allmand. Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, je serais intéressé à entendre d'autres arguments là-dessus. Je crois que nous le sommes tous, et pour ma part, j'aimerais que cette disposition soit réservée jusqu'à mardi dans la mesure où des doutes subsistent dans l'esprit de quelques-uns. Je pense que cette proposition mérite un examen soigneux et c'est ce que je propose. Nous pouvons en débattre maintenant mais je voulais proposer cela afin que tout le monde sache où nous allons.

Le président: Monsieur Allmand, à vous la parole.

M. Allmand: J'ai plusieurs choses à dire, monsieur le président, et elles seront peut-être utiles si nous allons réserver cette clause. Ce sont des choses auxquelles il faut réfléchir.

Je suis assez en faveur du principe contenu dans l'amendement de M. Epp dans la mesure où il faut assurer une juste rémunération aux médecins, même par le biais de négociations collectives et de l'arbitrage mais je formule de graves réserves contre l'inscription dans une loi fédérale d'un article qui impose, de façon détaillée, aux associations médicales provinciales et aux gouvernements provinciaux ce qu'ils doivent faire.

Il ressort très clairement des propos de certaines associations médicales qu'elles souhaitent un système de ce genre et je leur ai même posé des questions là-dessus moi-même mais je ne me souviens pas à combien de ministres provinciaux nous avons posé directement cette question et nous devons donc nous en remettre au procès-verbal des séances.

Et il ressort des procès-verbaux que les provinces ne veulent pas que le gouvernement fédéral tranche unilatéralement les questions de rémunération des médecins. La plupart souhaitent que le libellé de cet article soit amendé afin que cela soit très clair. Autrement dit, ils nous demandaient de faire exactement le contraire de cet amendement.

Si nous réservons cet amendement jusqu'à mardi, je pourrai réexaminer moi-même les réponses des ministres auxquels la question a été posée. Je ne me souviens pas à combien d'entre eux elle l'a été directement et c'est un point très important.

Ensuite, d'après le libellé actuel de l'article 12c)—et je pose la question au ministre et elle pourra me donner la réponse mardi lorsque nous reviendrons là-dessus—le régime d'assurance-maladie d'une province doit prévoir une rémunération raisonnable des services de santé à assurer. Cela est une des conditions d'accessibilité qui doit être remplie, aux termes de l'article 7, si la province veut toucher la pleine contribution pécuniaire.

Je demanderais donc ceci au ministre: Dans quels cas le gouvernement fédéral, c'est-à-dire le ministre de la Santé fédéral, jugerait-il qu'une rémunération raisonnable n'est pas accordée aux médecins ou aux dentistes en vertu de l'article

[Texte]

or dentists under Clause 12(c) and withhold full compensation, because this is a condition *sine qua non*? It says that reasonable compensation must be paid, right now in the present Bill, which means if it is not paid, and there must be some way of determining that, you can withhold your payments to the provinces.

I visualize medical associations in provinces appealing to the ministers saying: We are not being fairly compensated, please enforce the provisions of Clause 7 and Clause 12(c). How would you make a judgment on that, Madam Minister? And as I say, you do not have to answer that today, if you do not wish to.

Madam Bégin: The answer is, Mr. Chairman, that the wording presented here in Clause 12(c) is the exact wording of the Medical Care Act that was proclaimed in 1968, but which was never challenged.

• 1740

During the years of the cost-sharing mechanism, We considered in guidelines that were never tested or applied, if I may say, that—and it seems to me at first glance a bit of a tautology, I must say—but I am told by officials that at that time it was considered that if a majority of physicians in a given province accepted the settlement by that province, that was the illustration that 12(c) was met. But it was not tested.

Mr. Allmand: I see. So you have never had a test to the provisions in Clause 12(c).

Madam Bégin: No; nor has it ever been tested since block funding has been in existence.

The Chairman: Members of the committee, we have a number of other people on for discussion of this particular point. The Chair has a problem in trying to catch a plane soon, but I could let somebody else carry on. But the time is getting late, and I think there is a general consensus that we would like to carry on the discussion on Tuesday morning. I think on that basis, if it is agreed, we will just stop where we are; not just stand them, but stop where we are now and carry on Tuesday morning at 9.30.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

12c) et retiendrait sa contribution, car il s'agit là d'une condition *sine qua non*? On dit qu'une rémunération raisonnable doit être versée et, si ce n'est pas le cas, vous pouvez retenir vos versements aux provinces. Il doit bien y avoir un moyen qui permet de le déterminer.

J'imagine très bien les associations médicales des provinces intervenant auprès du ministre pour dire: Nous ne touchons pas de rémunération adéquate, veuillez appliquer les dispositions de l'article 7 et de l'article 12. Sur quelle base jugerez-vous, madame le ministre? Vous n'êtes pas obligée de me répondre aujourd'hui.

Mme Bégin: La réponse, monsieur le président, est que le libellé figurant ici est la réplique exacte de la disposition de la Loi sur l'assurance-maladie de 1968 qui n'a jamais été contestée.

Ce principe a été appliqué durant toutes les années de fonctionnement du mécanisme de partage des coûts et n'a jamais été contesté ou n'a jamais dû être appliqué. Cela me paraît un truisme mais on m'informe qu'à l'époque on considérait que si la majorité des médecins d'une province acceptaient le barème de rémunération de cette province, la condition de l'article 12c) était remplie. Il n'a jamais été mis à l'épreuve.

M. Allmand: Je vois. Vous n'avez donc jamais eu à appliquer les dispositions de l'article 12c).

Mme Bégin: Non et jamais non plus depuis que le financement forfaitaire a été adopté.

Le président: Mesdames, messieurs, d'autres membres du Comité souhaitent intervenir sur ce point en particulier. Je dois moi-même vous quitter pour prendre un avion mais quelqu'un d'autre pourrait me remplacer. Toutefois, il se fait tard et il me semble que tout le monde est d'accord pour poursuivre ce débat mardi matin. Si vous êtes d'accord, nous allons donc nous arrêter là et reprendre mardi matin à 9h30.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From the Department of National Health and Welfare:

Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Dr Maureen Law, sous-ministre adjoint.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 19

Tuesday, March 13, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

APPEARING:

The Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare

WITNESS:

(See back cover)

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 19

Le mardi 13 mars 1984

Président: M. David Weatherhead

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Bégin,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Russell MacLellan

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 13, 1984

(28)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:42 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. MacLellan, McCauley and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

Witness: From the Department of National Health and Welfare: Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

On Clause 12

The Committee resumed debate on the amendment of Mr. Epp,—That Clause 12, as amended, be further amended by striking out lines 38 to 40 on page 8 and substituting the following:

“(c) Must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners and dentists by the enactment of a law providing:

for negotiation of compensation with the provincial organization representing a majority of the practicing physicians in the province; and

for the settlement of disputes by conciliation or binding arbitration at the option of the medical profession's organization by a panel consisting of:

(i) an equal number of members appointed by the medical profession's organization and by the government and,

(ii) a chairman agreed upon by such members, provided that if agreement cannot be reached the chairman shall be appointed by the Chief Justice of the province; and

(iii) any decision of a binding arbitration panel may be altered by specific legislation of the government; and”

And debate arising thereon;

By unanimous consent, the amendment and Clause 12, as amended, were allowed to stand.

On Clause 13

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 13 MARS 1984

(28)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 42, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. MacLellan, McCauley et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Comparait: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: D^e Maureen Law, sous-ministre adjoint.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Article 12

Le Comité reprend le débat sur l'amendement proposé par M. Epp,—Que l'article 12, tel que modifié, soit de nouveau modifié par substitution aux lignes 27 à 29, page 8, de ce qui suit:

«c) assure une rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes, par l'adoption d'une loi qui prévoit:

la négociation d'une rémunération avec l'organisme provincial chargé de représenter la majorité des médecins de la province; et

le règlement des conflits par voie de négociation ou d'arbitrage, au choix de l'organisme chargé de représenter la profession médicale, par un conseil qui comprendra:

(i) un nombre égal de membres désignés par l'organisme chargé de représenter la profession médicale et par le gouvernement, et

(ii) un président accepté par les membres ou, si ces derniers ne s'entendent pas sur le choix, désigné par le juge en chef de la province; et

(iii) à condition que toute décision exécutoire prise par le conseil d'arbitrage puisse être modifiée par une mesure législative du gouvernement; et»

Un débat s'ensuit.

Par consentement unanime, l'amendement et l'article 12, ainsi modifiés, sont réservés.

Article 13

Mr. MacLellan moved,—That Clause 13 be amended by striking out lines 12 to 15 on page 9 and substituting the following:

“(b) shall give recognition to the contributions and payments by Canada under this Act in any public documents, or in any advertising or pro-”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Clause 13, as amended, carried.

On Clause 14

Mr. MacLellan moved,—That subclause 14(1) be amended

(a) by striking out lines 19 and 20 on page 9 and substituting the following:

“14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the min-”

(b) by striking out line 34 on page 9 and substitute the following:

“(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

(3) The Minister may act without consul-”

After debate, the question being put on part (a) of the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 5; Nays: 0.

By unanimous consent, Mr. Blaikie proposed to move,—That Clause 14 be amended by striking out line 33, on page 9, and substituting the following:

“the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.”

DECISION BY MR. CHAIRMAN

The proposed amendment would appear incomplete as it does not specify how the Minister shall refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

The proposal does not fall within the ambit of Standing Order 46(4) as it does not require a Report to be tabled in the House.

Unfortunately, neither the Committee nor the Chair can be expected to draft amendments for Members or make them in order.

Consequently, the Chair must rule the proposed amendment out of order in accordance with the Citation 773(4)(a) of Beauchesne's 5th Edition, on the grounds that it is incomplete.

M. MacLellan propose,—Que l'article 13 soit modifié par substitution aux lignes 12 à 15, page 9, de ce qui suit:

«b) de faire état des contributions et montants versés par le Canada en vertu de la présente loi, dans tout document public ou toute publicité sur les»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

L'article 13, sous sa forme modifiée, est adopté.

Article 14

M. MacLellan propose,—Que le paragraphe 14(1) soit modifié par:

a) substitution aux lignes 19 et 20, page 9, de ce qui suit:

«14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2)»

b) substitution à la ligne 32, page 9, de ce qui suit:

«(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre:

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé des services de santé de la province, un avis sur tout problème anticipé;

b) tente d'obtenir de la province, par le biais d'entretiens bilatéraux, tout renseignement additionnel accessible sur le problème, et fait rapport à la province, dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent l'envoi de l'avis;

c) à la demande de la province, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

(3) Le ministre peut procéder au renvoi»

Après débat, la partie a) de l'amendement est mise aux voix et adoptée par vote à main levée: Pour: 5; Contre: 0.

Par consentement unanime, M. Blaikie propose,—Que l'article 14 soit modifié par substitution aux lignes 29 et 30, page 9, de ce qui suit:

«l'affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.»

DÉCISION DU PRÉSIDENT

L'amendement proposé semble incomplet, car on n'y précise pas comment le ministre renverra l'affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

L'amendement proposé ne tombe pas dans les limites de l'article 46(4) du Règlement, car il n'exige pas qu'un rapport soit déposé à la Chambre.

Malheureusement, on ne saurait s'attendre que le Comité ou le président rédige les amendements pour les membres, ni qu'ils les rendent conformes au Règlement.

Par conséquent, le président doit déclarer l'amendement proposé inacceptable, conformément aux stipulations de la

Mr. Blaikie proposed to move,—That Clause 14(1) be amended by striking out lines 32 to 33 and substituting the following: “considers reasonable, the Minister shall ask the House of Commons to refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.”

And a point of order having been raised as to the procedural acceptability of the proposed amendment, the Chairman ruled the amendment in order.

Whereupon, Mr. Lachance appealed the decision of the Chairman.

The question being put by the Chairman:

Shall the decision of the Chair be sustained?

It was decided, by a show of hands, in the negative: Yeas: 4; Nays: 5.

Accordingly, the proposed amendment was declared irreceivable.

And the question being put on part (b) of the amendment of Mr. MacLellan to Clause 14, it was agreed to.

Clause 14, as amended, carried.

On Clause 15

Mr. MacLellan moved,—That the French version of subclause 15(1) be amended by striking out line 10 on page 10 and substituting the following:

“retenue de la totalité des contributions pécuniaires ou”

The question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. MacLellan moved,—That Clause 15 be amended

(a) by striking out line 18 on page 10 and substituting the following:

“order, repeal or amend any order made under subsec-”

(b) by adding, immediately after line 31 on page 10, the following:

“(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. Epp propose to move,—That Clause 15 be amended by inserting after line 31 on page 10 the following:

“(4) On receipt of such an order except where the order arises from clause 12(a) the province concerned may appeal the order within seven days to a panel consisting of:

(a) A person appointed by the Governor in Council for Canada;

(b) A person appointed by the Province concerned;

(c) A person selected by the persons described in (a) and (b) from lists submitted by the Governor in Council for Canada and the Province concerned.

citation 773(4) du Beauséjour, cinquième édition, pour le motif qu’il est incomplet.

M. Blaikie propose,—Que l’article 14(1) soit modifié par substitution aux lignes 30 et 31, page 9, de ce qui suit: «un délai suffisant, le ministre demandera à la Chambre des communes de renvoyer l’affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.»

Cet amendement provoque une intervention fondée sur le Règlement, sur la question de savoir si l’amendement proposé est acceptable sous le rapport de la procédure, et le président déclare l’amendement acceptable.

M. Lachance en appelle de la décision du président.

Le président met la question aux voix.

La décision du président est-elle confirmée?

La décision est rejetée par vote à main levée: Pour: 4; Contre: 5.

L’amendement proposé est donc déclaré irrecevable.

La partie b) de l’amendement à l’article 14 proposé par M. MacLellan est mise aux voix et adoptée.

L’article 14, sous sa forme modifiée, est adopté.

Article 15

M. MacLellan propose,—Que l’article 15 de la version française soit modifié par substitution à la ligne 10, page 10, de ce qui suit:

«retenue de la totalité des contributions pécuniaires ou»

L’amendement est mis aux voix et adopté.

M. MacLellan propose,—Que l’article 15 soit modifié par:

a) substitution à la ligne 13, page 10, de ce qui suit:

«décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du»

b) adjonction à la suite de la ligne 24, page 10, de ce qui suit:

“(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l’envoi au gouvernement de la province concernée, du texte de l’avis prévu au paragraphe (3)»

Après débat, l’amendement est mis aux voix et adopté.

M. Epp propose,—Que l’article 15 soit modifié par adjonction à la suite de la ligne 24, page 10, de ce qui suit:

“(4) Lorsque le décret visé au paragraphe (3) ne découle pas de l’alinéa 12a), la province concernée peut en appeler, dans les sept jours de sa réception, devant une commission composée:

a) d’une personne nommée par le gouverneur en conseil du Canada;

b) d’une personne nommée par la province concernée;

c) d’une personne désignée par les personnes nommées en vertu des alinéas a) et b) dans des listes présentées par le

(5) The panel shall recommend within ninety days of its selection whether the appeal shall be upheld.

(6) The order shall not take effect until the panel makes its recommendation.

(7) The Governor in Council for Canada may reject the recommendation of the panel.

(8) No appeal may be launched where the order arises from Clause 12(a) of the Act."

DECISION BY MR. CHAIRMAN

The honourable member's proposed amendment to Clause 15 seems to introduce a concept foreign to the Bill by creating an appeal panel where none was originally contemplated. In this regard, the Chair refers honourable members to Speaker Jerome's comments on a proposed amendment to Bill C-24, providing for the creation of a refugee claims board, on July 21, 1977 (*Debates*, p. 7867): "... motion No. 40 ... seeks to introduce an entirely new concept into the act in the form of a refugee claims board with certain powers ...". Furthermore, Speaker Jerome remarks that members of the board would have to be paid, thus entailing an expenditure of funds. This point is also made in a similar ruling by the Deputy Speaker on February 20, 1979 (*Debates*, p. 3423-4).

The establishment of an appeal panel would therefore unquestionably entail the expenditure of funds both to provide remuneration to the members of the panel and to cover expenses incurred through the operations of the panel. However, it is a basic rule of our practice and procedure that only the Crown has the power to propose the expenditure of monies. Citation 773(7) in Beauchesne's Fifth Edition reads as follows:

An amendment is out of order if it imposes a charge upon the Public Treasury, if it extends the objects and purposes, or relaxes the conditions and qualifications as expressed in the Royal Recommendation. *Journals*, June 17, 1969, p. 1172.

Consequently, the proposed amendment infringes the financial initiative of the Crown.

The Chair might also add that the proposed amendment would appear to be inconsistent with the new subclause (4) just adopted by the Committee.

Therefore, the Chair has no choice but to rule the proposed amendment out of order.

At 12:16 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 o'clock p.m. this day.

AFTERNOON SITTING (29)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:41 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

gouverneur en conseil du Canada et la province concernée.

(5) Dans les quatre-vingt-dix jours de sa constitution, la commission recommande l'admission ou le rejet de l'appel.

(6) Le décret n'entre pas en application avant que la commission ne fasse sa recommandation.

(7) Le gouverneur en conseil du Canada peut rejeter la recommandation de la commission.

(8) On ne peut en appeler d'un décret qui découle de l'alinéa 12a) de la présente loi.»

DÉCISION DU PRÉSIDENT

L'amendement à l'article 15 proposé par l'honorable député semble introduire un concept étranger au projet de loi, par la création d'une commission d'appel, alors qu'aucune commission n'avait été prévue à l'origine. À ce sujet, le président renvoie l'honorable député aux observations qu'a faites l'orateur Jerome, le 21 juillet 1977, relativement à un amendement au projet de loi C-24, lequel amendement prévoyait la création d'une Commission des revendications des réfugiés (*Débats*, p. 7867): «La motion n° 40 qui cherche à introduire dans la loi un concept entièrement nouveau sous la forme d'une Commission des revendications des réfugiés dotée de certains pouvoirs.» Qui plus est, l'orateur Jerome fait observer qu'il faudrait rémunérer les membres de la commission, ce qui entraînerait certaines dépenses. Ce point est également établi dans une décision semblable de l'orateur suppléant, rendue le 20 février 1979 (*Débats*, p. 3423).

La création d'une commission d'appel entraînerait indéniablement la dépense des fonds, tant pour la rémunération des membres du comité que les frais qu'entraîneraient les opérations de la commission. Cela étant, une règle élémentaire de notre pratique et procédure veut que seule la Couronne ait le pouvoir de proposer la dépense de sommes d'argent. Selon la citation 773(7) du Beauchesne, cinquième édition, un amendement est irrecevable:

S'il impose une charge au Trésor ou s'il n'est pas conforme à la Recommandation royale dans la mesure où il en étendrait l'objet ou la portée ou rendraient moins rigoureusement les réserves et les conditions qu'elle prescrit (*Journaux* du 17 juin 1969, p. 1172).

Par conséquent, l'amendement proposé empiète sur les pouvoirs financiers de la Couronne.

Le président pourrait peut-être ajouter que l'amendement proposé semble être en contradiction avec les nouveaux alinéas (4) que le Comité vient d'adopter.

Le président n'a donc d'autre choix que de déclarer l'amendement proposé irrecevable.

A 12 h 16, le Comité interrompt ses travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI (29)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 41, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*)

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. MacLellan, McCauley and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance and Marceau.

In attendance: From the Research Branch, Library of Parliament: Ms. Mildred Morton.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

On Clause 15

Mr. Blaikie moved,—That Clause 15 be amended by striking out line 31, on page 10, and substituting the following:

“made, and said order and statement shall be subject to an affirmative resolution of concurrence by each House of Parliament.”

After debate, the question being put on the amendment, it was by a show of hands, negatived: Yeas: 4; Nays: 5.

Clause 15, as amended, carried.

On Clause 16

Mr. MacLellan moved,—That the French version of Clause 16 be amended by striking out line 26 on page 10 and substituting the following:

“conditions visées aux articles 8 à 12 ou à”

The question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. Blaikie moved,—That Clause 16 be amended by striking out line 38, on page 10, and substituting the following:

“fiscal year shall be reimposed, subject to an affirmative motion of concurrence by each House of Parliament, for each suc-”

After debate, the question being put on the amendment, it was by a show of hands, negatived: Yeas: 2; Nays: 5.

Clause 16, as amended, carried.

On Clause 17

Mr. MacLellan moved,—That the French version of Clause 17 be amended by striking out line 40 on page 10 and substituting the following:

“gine a eu lieu pour l'exercice suivant.”

The question being put on the amendment, it was agreed to.

Clause 17, as amended, carried.

On Clause 18

Mr. Epp moved,—That Clause 18 be amended by inserting after line 8 on page 11 the following:

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. MacLellan, McCauley et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance et Marceau.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mildred Morton.

Comparait: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurancesanté et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Article 15

M. Blaikie propose,—Que l'article 15 soit modifié par adjonction à la suite de la ligne 24, page 10, de ce qui suit:

«et lesdits décret et exposé seront soumis à l'approbation des deux Chambres.»

Après débat, l'amendement est mis aux voix par vote à main levée est rejeté: Pour: 4; Contre: 5.

L'article 15, sous sa forme modifiée, est adopté.

Article 16

M. MacLellan propose,—Que l'article 16 de la version française soit modifié par substitution à la ligne 26, page 10, de ce qui suit:

«conditions visées aux articles 8 à 12 ou à»

L'amendement est mis aux voix et adopté.

M. Blaikie propose,—Que l'article 16 soit modifié par substitution aux lignes 31 et 32, page 10, de ce qui suit:

«quées de nouveau, sous réserve de l'approbation des deux Chambres, pour chaque exercice ultérieur»

Après débat, l'amendement est mis aux voix par vote à main levée et rejeté: Pour: 2; Contre: 5.

L'article 16, sous sa forme modifiée, est adopté.

Article 17

M. MacLellan propose,—Que l'article 17 de la version française soit modifié par substitution à la ligne 40, page 10, de ce qui suit:

«gine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.»

L'amendement est mis aux voix et adopté.

L'article 17, ainsi modifié, est adopté.

Article 18

M. Epp propose,—Que l'article 18 soit modifié par adjonction à la suite de la ligne 8, page 11, de ce qui suit:

“except as provided for in an agreement made for the purposes of this section between the Minister and the Minister responsible for health care in the province.”

After debate, the question being put on the amendment, it was by a show of hands, negatived: Yeas: 3; Nays: 5.

Clause 18 carried.

On Clause 19

Mr. MacLellan moved,—That Clause 19 be amended

(a) by striking out line 9 on page 11 and substituting the following:

“19. (1) In order that a province may qualify”

(b) by striking out lines 11 to 13 on page 11 and substituting the following:

“section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province”

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. Epp moved,—That Clause 19 be amended by inserting after line 15 on page 11 the following:

“(2) Subsection (1) does not apply in respect of payments for accommodation or meals provided to an in-patient in chronic care who, after a reasonable period has been allowed for rehabilitation, requires long-term maintenance care in appropriate setting.”

After debate, by unanimous consent, the amendment and Clause 19 as amended were allowed to stand.

On Clause 20

Mr. Blaikie moved,—That Clause 20 on page 11 be amended by striking out line 19 and substituting the following:

“to the province

(a) in respect of the first fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to one dollar for every dollar,

(b) in respect of the second fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to two dollars for every dollar, and

(c) in respect of the third or a subsequent fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to three dollars for every dollar;”

After debate, the question being put on the amendment it was, by a show of hands, negatived: Yeas: 1; Nays: 8.

Mr. MacLellan moved,—That the French version of Clause 20 be amended by striking out line 22 on page 11 and substituting the following:

“effectuée par les médecins ou les dentistes dans”

The question being put on the amendment, it was agreed to.

Mr. Blaikie moved,—That Clause 20 be amended by striking out line 32, on page 11 and substituting the following:

“to the province

(a) in respect of the first fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to one dollar for every dollar,

«sauf tel que le prévoit une entente intervenue aux fins du présent article, entre le ministre et son homologue chargé des services de santé de la province.»

Après débat, l'amendement est mis aux voix par vote à main levée et rejeté: Pour: 3; Contre: 5.

L'article 18 est adopté.

Article 19

M. MacLellan propose,—Que l'article 19 soit modifié par:

a) substitution à la ligne 9, page 11, de ce qui suit:

«19. (1) Une province n'a droit, pour exer-»

b) substitution aux lignes 12 à 14, page 11, de ce qui suit:

«d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.»

Après débat, l'amendement est mis aux voix et adopté.

M. Epp propose,—Que l'article 19 soit modifié par adjonction à la suite de la ligne 14, page 11, de ce qui suit:

«(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée souffrant de maladie chronique qui, de l'avis du médecin traitant, séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital.»

Après débat, par consentement unanime, l'amendement et l'article 19 sont réservés.

Article 20

M. Blaikie propose,—Que l'article 20 soit modifié par substitution aux lignes 18 et 19, page 11, de ce qui suit:

«à cette dernière,

a) en ce qui concerne le premier exercice où la province ne se conforme pas aux conditions, un montant équivalent en dollars,

b) en ce qui concerne le deuxième exercice où la province ne se conforme pas aux conditions, le double du montant en dollars, et

c) en ce qui concerne le troisième exercice ou tout exercice subséquent où la province ne se conforme pas aux conditions, le triple du montant en dollars;»

L'amendement est mis aux voix par vote à main levée et rejeté: Pour: 1; Contre: 8.

M. MacLellan propose,—Que l'article 20 de la version française soit modifié par substitution à la ligne 22, page 11, de ce qui suit:

«effectuée par les médecins ou les dentistes dans»

L'amendement est mis aux voix et adopté.

M. Blaikie propose,—Que l'article 20 soit modifié par substitution à la ligne 30, page 11, de ce qui suit:

«à cette dernière,

a) en ce qui concerne le premier exercice où la province ne se conforme pas aux conditions, un montant équivalent en dollars;

(b) in respect of the second fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to two dollars for every dollar, and

(c) in respect of the third or a subsequent fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to three dollars for every dollar;"

And the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, negatived: Yeas: 1; Nays: 6.

Mr. MacLellan moved,—That Clause 20 be amended

(a) by striking out line 36 on page 11 and substituting the following:

"ince in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal"

(b) by adding, immediately after line 40 on page 11, the following subsection:

"(3) No amount may be deducted under subsection (1) or (2) in respect of extra-billing or user charges in the period between April 1, 1984 and June 30, 1984."

After debate the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 4; Nays: 1.

Mr. Epp moved,—That Clause 20 be amended by inserting after line 40 on page 11 the following:

"The Minister shall not estimate an amount under subsection 1 or subsection 2 without first consulting the Minister responsible for health care in the province."

After debate, Mr. Lachance moved,—That the amendment be amended by striking out the word "consulting" and substituting the words "undertaking to consult".

And the question being put on the sub-amendment, it was agreed to.

And the amendment, as amended, was agreed to.

Clause 20, as amended, carried.

At 6:03 o'clock p.m., the Committee adjourned until 8:00 o'clock p.m. this day.

b) en ce qui concerne le deuxième exercice où la province ne se conforme pas aux conditions, le double du montant en dollars; et

c) en ce qui concerne le troisième exercice, ou tout exercice subséquent où la province ne se conforme pas aux conditions, le triple du montant en dollars;»

L'amendement est mis aux voix par vote à main levée et rejeté: Pour: 1; Contre: 6.

M. MacLellan propose,—Que l'article 20 soit modifié par:

a) substitution à la ligne 34, page 11, de ce qui suit:

«auxquels l'article 19 s'applique,»

b) adjonction à la suite de la ligne 37, page 11, de ce qui suit:

«(3) Aucun montant ne sera déduit aux termes des paragraphes (1) ou (2) à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs, du 1^{er} avril au 30 juin 1984.»

Après débat, l'amendement est mis aux voix par vote à main levée et adopté: Pour: 4; Contre: 1.

M. Epp propose,—Que l'article 20 soit modifié par adjonction à la suite de la ligne 37, page 11, de ce qui suit:

«Le ministre n'évaluera pas un montant aux termes des paragraphes (1) ou (2) sans d'abord consulter son homologue chargé des services de santé de la province.»

Après débat, M. Lachance propose,—Que l'amendement proposé soit modifié par substitution des mots «se charger de consulter» au mot «consulter».

L'amendement est mise aux voix et adopté.

L'amendement ainsi modifié est mis aux voix et adopté.

L'article 20, sous sa forme modifiée, est adopté.

A 18 h 03, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 20 heures.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, March 13, 1984

• 0942

The Chairman: I call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order.

We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act. When we adjourned last Thursday, we were on an amendment by Mr. Epp to Clause 12 of the Bill. We had some debate at the time of adjournment on this.

Perhaps, Mr. Epp, you might just refresh our memories on the situation and we will go on from there.

Mr. Epp: Mr. Chairman, thank you.

With your indulgence and the committee's, because of the manner in which we have been operating in the committee, I would like to inform the committee members—they will know that as the Minister presented approximately 28 amendments and made those available to us, we tried to respond by presenting ours, so there would be, quote, no surprises and people would have a chance to look at those amendments. That remains in place, but I want to inform the committee that there again are no surprises. There will be additional amendments. Those are a result of, obviously, some discussions with various provincial governments through the weekend. I now have them complete in English only. I have drafted them. At approximately 10.00 or 10.15 they should be here.

The clauses they will be dealing with are Clauses 20, 23, 17, and 18. If I could take the time of the committee, I just want to mention to the committee that those amendments are coming forward and as soon as they are available I will make them available to the committee as well. I just do not want to leave any impression that suddenly at the last moment I will be presenting amendments which I have not informed the committee of previously.

So I hope that is understood. It is more an initiative of the discussions with provinces than necessarily the PC party wanting to move more amendments. I hope that is understood.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

On that point, Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman. I thank Mr. Epp for advising us of that situation.

About the Conservatives' suggested amendment to Clause 12.(c), we have looked at it and we have referred it to Justice and they have recommended that they take a little more time on it. So what I would like to ask of the committee this morning is that we stand Clause 12 for the present time until we can get this wording formulated, and go on, in the interest of expediency, to Clause 13.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 13 mars 1984

Le président: La séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales est maintenant ouverte.

Nous poursuivons l'étude du projet de loi C-3, la Loi canadienne sur la santé. Lorsque nous avons levé la séance jeudi dernier, nous étions en train d'étudier une modification à l'article 12 proposée par M. Epp. Il y a eu un peu de discussion avant la levée de la séance.

Monsieur Epp, vous pourriez peut-être nous rafraîchir la mémoire avant que nous ne poursuivions cette discussion.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Si je peux me permettre, étant donné la façon dont le Comité a procédé, je désire aviser les membres du Comité... comme le ministre nous a fourni d'avance quelques 28 modifications, nous avons essayé de faire de même en présentant les nôtres afin qu'il n'y ait pas de surprises et que les gens aient l'occasion d'y jeter un coup d'oeil à l'avance. Cela dit, je désire aviser le Comité d'une autre chose afin qu'il n'y ait toujours pas de surprises. Nous allons donc présenter d'autres modifications découlant évidemment de discussions que nous avons tenues avec les représentants de divers gouvernements provinciaux en fin de semaine. J'ai déjà le texte de ces modifications en anglais seulement. On devrait recevoir les copies d'ici 10 heures ou 10h15.

Ces modifications portent sur les articles 20, 23, 17 et 18. Si vous voulez m'en laisser le temps, je vous dirai que le texte de ces amendements nous parviendra bientôt et je m'empresserai alors de les faire distribuer à tous les membres. Je ne voulais pas vous donner l'impression que j'allais présenter à la dernière minute des modifications surprises sans vous en avertir auparavant.

J'espère qu'il n'y a pas de malentendu. C'est donc à la suite des discussions que nous avons eues avec les gouvernements provinciaux que le parti Conservateur a décidé de présenter de nouvelles modifications.

Le président: Merci, monsieur Epp.

A ce sujet, monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Merci, monsieur le président. Je remercie M. Epp de nous avoir avisé de la sorte.

A propos de la modification proposée par les Conservateurs pour l'alinéa (c) de l'article 12, je dois dire que nous y avons jeté un coup d'oeil et que nous avons demandé au ministère de la Justice de se prononcer. Le ministère a demandé un peu plus de temps pour l'étudier. Je voudrais également demander au Comité si nous ne pourrions pas réserver l'article 12 ce matin jusqu'à ce que la rédaction soit terminée. Pour ne pas perdre de temps, nous pourrions passer tout de suite à l'article 13.

[Texte]

• 0945

The Chairman: Are there any other amendments on Clause 12? Mr. Blaikie, did you have one?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, there are at least a couple of other amendments. I am not sure, is he recommending that the whole clause be stood now until this question is settled, or does he just want to stand that particular issue and we will go on to other amendments to Clause 12? What does he want?

The Chairman: We will verify that. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I do not know exactly how you intend to apply the rules as far as standing a clause and standing an amendment. Actually, what I think Mr. MacLellan is suggesting, so far as that amendment we were discussing for a system of negotiation, is that that part be stood. Now, if we want to go on with the other parts of Clause 12, I think that is fine, as long as we stand that part. On the other hand, Mr. Chairman, if you prefer that we stand all of Clause 12 and go on to other clauses, and then come back to it, that is also all right with us.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, we are also looking at a subclause 12.(e), so I suggest we stand the whole of Clause 12 for the present time and go on to Clause 13, at least for this morning.

The Chairman: I think it might be better all round to stand the whole clause. We have one small amendment already to Clause 12. Do we have unanimous consent to stand Clause 12 for the present time?

Clause 12 allowed to stand.

The Chairman: I will then call Clause 13.

On Clause 13—*Conditions*

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, I would like to move an amendment to Clause 13. I move that Clause 13 of Bill C-3 be amended by striking out lines 12 to 15 on page 9 and substituting the following:

(b) shall give recognition to the contributions and payments by Canada under this Act in any public documents, or in any advertising or pro-

The Chairman: Could we have your comments on that, Mr. MacLellan?

Mr. MacLellan: I would just make a few comments, and I would leave it that, hopefully, if I have insufficient explanation, the department would add what they feel should be stated.

Mr. Chairman, this amendment addresses the concerns of many of the provinces that the Act as it stands does not specify the extent to which provinces will be required to give recognition to federal health contributions. Not only will there be regulations on this subject, but provinces will be consulted as to the content of the regulations.

[Traduction]

Le président: A-t-on l'intention de présenter d'autres modifications de l'article 12? Monsieur Blaikie, en aviez-vous l'intention?

M. Blaikie: Monsieur le président, je voudrais présenter au moins deux autres modifications. Je ne suis pas certain d'avoir bien compris. Propose-t-on de réserver tout l'article jusqu'à ce que le problème de la modification soit réglé ou veut-on ne réserver que cette question pour passer à l'étude d'autres modifications de l'article 12? Que désire-t-on au juste?

Le président: Nous allons voir. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Je ne sais pas comment vous avez l'intention d'appliquer le règlement au juste, si vous préférez réserver l'article ou réserver simplement une modification. Je crois que M. MacLellan suggère que la modification proposée qui porte sur une formule de négociation soit réservée. Par conséquent, nous pouvons très bien étudier le reste de l'article 12. En revanche, si vous préférez réserver tout l'article 12 pour passer à l'étude des suivants avant d'y revenir, cela nous convient également.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, nous envisageons également un nouvel alinéa (e) à l'article 12. Je proposerais donc que nous réservions pour l'instant tout l'article 12 et que nous passions à l'article 13.

Le président: Ce serait sans doute préférable de réserver l'article au complet. On a déjà apporté une modification mineure à cet article. Êtes-vous tous d'accord pour que nous réservions l'article 12?

L'article 12 est réservé.

Le président: Nous passons donc à l'article 13.

Article 13—*Conditions*

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, je désire proposer une modification de l'article 13. Je propose que l'article 13 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, aux lignes 12 à 15, page 9, de ce qui suit:

b) de faire état des contributions et montants versés par le Canada en vertu de la présente loi dans tout document public ou toute publicité sur les . . .

Le président: Pouvons-nous avoir votre commentaire, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Je voudrais faire quelques observations seulement en espérant que les représentants du ministère ajoutent à ces quelques remarques si elles sont incomplètes afin que nous sachions pourquoi eux désirent que ce soit précisé.

Monsieur le président, cette modification répond aux craintes exprimées par plusieurs gouvernements provinciaux du fait que la loi ne prévoit pas exactement dans quelle mesure les gouvernements provinciaux seront tenus de faire état des contributions du gouvernement fédéral. Non seulement y aura-

[Text]

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I apologize to the committee. I did not expect that we would be bang into Clause 13. I thought we would be debating Clause 12 all morning, and so I do not have the exact wording of the amendment that I intended here, because we were playing around with it. However, I will take a stab at it.

I move that Clause 13 be amended by adding a paragraph (c), which reads as follows:

that all information provided . . .

I do not know if this would be in order, Mr. Chairman, because paragraphs (a) and (b) refer to what the government of the province must do. What I want to do, and perhaps I could seek the guidance of the clerk in this respect, is move that the information provided to the federal government by the provinces under Clause 13 be tabled; be made public by way of tabling that information in the House of Commons.

• 0950

So what would be the best thing to do there? Should we move paragraph (c) or amend the beginning part of the clause?

The Chairman: I am informed, Mr. Blaikie, it is more of a drafting problem than procedural, the way you present it at the moment. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, the intent is for disclosure. That is not what the section does. The section is actually an information section from a documentary point of view. If it is a disclosure and Parliament's problem, then I think the proper way to address it would be through Clause 23. I would suggest to Mr. Blaikie that he wait until we get to Clause 23—proposing to clarify Clause 23, to detail it in some way. That will be the section that deals with report to Parliament, and I would suggest that that is the proper logical place to propose the amendment that he is proposing now.

Mr. Blaikie: As long as I can move it somewhere else, Mr. Chairman, it does not matter to me.

The Chairman: I think Mr. Lachance's comments make a lot of sense, Mr. Blaikie, and . . .

Mr. Breau: They always do.

Mr. Lachance: Not always.

Clause 13 as amended agreed to.

On Clause 14—*Referral to Governor in Council*

The Chairman: Mr. MacLellan. This is G-17, Mr. MacLellan?

Mr. MacLellan: Yes, G-17.

[Translation]

t-il des règlements à ce sujet, mais en plus les gouvernements provinciaux seront consultés quant au contenu de ceux-ci.

La modification est adoptée.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je désire m'excuser auprès du Comité, mais je ne m'attendais pas à ce que nous passions si rapidement à l'article 13. Je croyais qu'on étudierait l'article 12 toute la matinée. Je voudrais donc proposer une modification dont je n'ai malheureusement pas le libellé sous les yeux parce que nous sommes encore en train d'y travailler. Je vais donc me lancer quand même.

Je propose que l'article 13 soit modifié en ajoutant un alinéa (c) qui se lirait comme suit:

que tous les renseignements fournis . . .

J'ignore si cette modification serait recevable, monsieur le président, car les alinéas (a) et (b) mentionnent ce que devront faire les gouvernements provinciaux. Moi, et j'aimerais que le greffier m'éclaire, je voudrais proposer que les renseignements fournis au gouvernement fédéral par les gouvernements provinciaux conformément à l'article 13 soient déposés à la Chambre des communes.

Quelle sera alors la meilleure chose à faire? Devrait-on proposer l'alinéa c) ou modifier le début de l'article?

Le président: On me signale, monsieur Blaikie, qu'il s'agit plus d'un problème de rédaction que de procédure. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, il s'agit de divulgation. Ce n'est pas l'objet de l'article. L'article est un article d'information documentaire. S'il s'agit de divulgation concernant le Parlement, je crois que le problème devrait être abordé au moment où nous étudierons l'article 23. Je suggérerais à M. Blaikie qu'il attende que nous en arrivions à l'article 23, qu'il propose peut-être de le préciser. C'est l'article qui traite du rapport au Parlement et je crois qu'il serait plus logique de proposer alors un amendement.

M. Blaikie: À condition que je puisse le proposer à un moment quelconque, monsieur le président, peu m'importe.

Le président: Je crois que M. Lachance a tout à fait raison, monsieur Blaikie, et . . .

M. Breau: Comme toujours.

M. Lachance: Pas toujours.

L'article 13 est adopté tel que modifié.

Article 14—*Renvoi au Gouverneur en conseil*

Le président: M. MacLellan. Il s'agit de G-17, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Oui, G-17.

[Texte]

I move that Clause 14.(1) of Bill C-3 be amended (a) by striking out lines 19 and 20 on page 9 and substituting the following:

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation, in accordance with subsection (2) with the min-

(b) by striking out line 34 on page 9 and substituting the following:

(2) Before referring the matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the Minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

(3) The Minister may act without consul-

And there is a comparable French translation. I would like to state that there is comparable French translation for G-16 as well, if that is agreed.

The Chairman: Mr. Lachance is correct in saying it should be the French version, not the French translation. We have just gone into that in some detail.

Madam Minister, may we have your comments on this amendment, please.

Hon. Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): By doing so, Mr. Chairman, we are accommodating, to the maximum we think is functional, the suggestions, in particular, of the Province of Saskatchewan, of spelling out a process of consultation for all parties concerned. Maybe I should say immediately that Saskatchewan also proposed a sort of mechanism of appeal that would attach itself at the end of this process, once the decision is made by Cabinet. But the old problem, and everybody is familiar with it, was put forward by many parties—namely, who will appoint the third party? A mechanism of appeal always has a person from one group, a person or a group of persons of the other party in the cause, and then your third party is appointed by whom? Nobody was able to get around that.

• 0955

Because of the importance of the Act and its application, we thought a formal process of consultation was a great improvement. Instead, we are adding elsewhere the obligation for the government to table in the House of Commons and in the Senate, for 30 days, the decision of an eventual penalty to air it at the political level, which we think is by far the best forum for all parties.

The Chairman: Mr. Epp.

[Traduction]

Je propose que le paragraphe 1 de l'article 14 du projet de loi C-3 soit modifié par a) substitution, aux lignes 19 et 20, page 9, de ce qui suit:

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2)

b) substitution, à la ligne 32, page 9, de ce qui suit:

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis; et

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

(3) Le ministre peut procéder au renvoi

Et il y a un texte français correspondant. Je signale qu'il existe également un texte français pour l'amendement G-16, si on le souhaite.

Le président: M. Lachance a raison de dire qu'il faut parler de version française et non pas de traduction française. Nous venons justement d'en parler.

Madame le ministre, pourriez-vous nous faire vos observations à ce sujet?

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Nous espérons, par cet amendement, répondre au mieux aux suggestions qui nous sont venues en particulier de la Saskatchewan quant à la clarification du processus de consultation envisagé pour tous les intéressés. Peut-être devrais-je dire immédiatement que la Saskatchewan a également proposé un genre de mécanisme d'appel qui se grefferait à ce processus lorsque la décision est prise par le Cabinet. Mais le vieux problème que tout le monde connaît et qui a été soulevé par beaucoup de monde est de savoir qui nommera la tierce partie? Un mécanisme d'appel comprend toujours une personne ou un groupe, une personne ou un groupe de personnes de l'autre parti et une tierce partie et il faut savoir qui doit la nommer. Personne ne réussissait à répondre.

Étant donné l'importance de la loi et de son implication, nous avons pensé qu'un processus officiel de consultation serait une grosse amélioration. Nous ajoutons ailleurs l'obligation pour le gouvernement de déposer à la Chambre des communes et au Sénat pendant trente jours la décision touchant une pénalité éventuelle pour que cette décision puisse être débattue dans le milieu politique qui nous semble être de loin la meilleure tribune.

Le président: Monsieur Epp.

[Text]

Mr. Epp: Mr. Chairman, with your permission, I intend to make some comments. They will relate to Clause 15, because that is a clause that follows under the section entitled "defaults".

What I will do, Mr. Chairman, is to first of all notify the committee; I think that amendment is being circulated. I have an amendment to Clause 15. I do not quite agree with the Minister that there is no way we can find out how to appoint a third party; my proposed amendment attempts to do that. I wanted to mention that in Clause 15 some of the very arguments the Minister has used in Clause 14 also apply in Clause 15. We have addressed some of those comments in Clause 15 as against Clause 14. So I want to mention that first of all.

It is true that the Minister, when she mentioned the Saskatchewan proposal... the Government of Saskatchewan has been very active in attempting to develop a system whereby if defaults are in fact proceeded with by the federal government, there be some mechanism whereby the province has an ability either to appeal or that an impartial third party has an ability or a chance to assess that claim of default.

The proposed amendment that the Minister has moved I think finds favour with us; but we also want to mention that we feel it is only half of the proposal, and that the other half of the proposal should come in Clause 15. Our proposed amendment attempts to do that.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, has this amendment been moved now?

The Chairman: Yes.

Mr. Blaikie: My concern is that one of the amendments that I had in mind is in a way, at least chronologically, sort of preempted by the extent of the proposed amendment that has been moved by the government. I intended to propose an amendment to line 33 of Clause 14. If this proposed amendment carries, I am just wondering now if we can go back and have a ruling on that amendment?

The Chairman: Mr. Blaikie, in speaking to this amendment I will let you bring in a little bit about what you would propose to do. You will have to tell us whether you can support the amendment—or if not, because you are going to move your own, tell us how it differs, or that sort of thing. If this amendment passes and you still want to move an amendment, we will consider your amendment afterwards.

Mr. Blaikie: Well, perhaps I could speak to the proposed amendment then, Mr. Chairman.

I have a series of amendments in mind in this area, all of which would have the effect of making the whole process intended in Clauses 14, 15, and 16 more accountable to Parliament and more accountable to Members of Parliament in particular—because Parliament includes the Senate, and I do not include the Senate in what I have in mind.

Instead of being dealt with strictly by the Governor in Council, I would like to see the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs involved, for instance.

[Translation]

M. Epp: Monsieur le président, si vous permettez, j'aurais également quelques observations à faire. Elles portent sur l'article 15 qui suit l'article intitulé «manquements».

Je voulais tout d'abord, monsieur le président, en aviser le Comité car je crois que l'on distribue actuellement cet amendement. Il porte sur l'article 15. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec le ministre qui déclare que nous ne pouvons trouver de moyens de nommer une tierce partie; c'est justement ce que propose mon amendement. Je voulais donc signaler qu'à l'article 15, certains des arguments même utilisés par le ministre pour l'article 14 peuvent être repris. Nous y répondons à l'occasion de l'article 15 plutôt que de l'article 14. C'est pourquoi je voulais tout de suite vous le dire.

Il est vrai que lorsque le ministre mentionne la proposition de la Saskatchewan, ce gouvernement provincial a essayé de trouver un système qui, en cas de manquements sanctionnés par le gouvernement fédéral, permettrait à la province soit de faire appel, soit de demander à une tierce partie d'évaluer cette accusation de manquement.

L'amendement que propose le ministre nous semble acceptable mais nous voulons également mentionner qu'à notre avis, cela ne reprend qu'une moitié de la proposition et que l'autre moitié devrait être reprise à l'article 15. C'est justement ce que vise notre amendement.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, cet amendement a-t-il été proposé?

Le président: Oui.

M. Blaikie: Ce qui me gêne, c'est que j'ai l'impression que, du moins du point de vue chronologique, un de mes amendements aurait dû précéder l'amendement proposé par le gouvernement. J'avais en effet l'intention de proposer un amendement à la ligne 31 de l'article 14. Si cet amendement est adopté, je me demande s'il serait possible d'obtenir une décision au sujet du mien.

Le président: Monsieur Blaikie, je vous autoriserais à propos de l'amendement déposé à dire quelques mots sur ce que vous proposeriez vous-même. Vous devez nous dire si vous appuyez l'amendement ou, si vous ne l'appuyez pas parce que vous allez vous-même en proposer un, nous dire en quoi il diffère, etc. Si cet amendement est adopté et que vous voulez néanmoins proposer le vôtre, nous y reviendrons.

M. Blaikie: Alors peut-être me permettriez-vous, monsieur le président, de dire quelques mots sur l'amendement proposé?

Je pense à une série d'amendements dans ce domaine, amendements qui auraient tous pour effet de tourner davantage le processus prévu aux articles 14, 15 et 16 vers le Parlement et, en particulier, vers les députés puisque le Parlement inclut le Sénat et que je n'inclus pas le Sénat dans ce que je propose.

Plutôt que le gouverneur en conseil, j'aimerais que le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales soit par exemple impliqué.

[Texte]

• 1000

That is why I had intended to move an amendment, for instance, to line 33 in Clause 14, calling for the Minister to refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs; and then a series of amendments following from that which would enable the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to make recommendations back to the House on what action should be taken against a province which continued to be perceived as violating the principles of medicare after the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs had had an opportunity to look at it. It is a way, Mr. Chairman, of involving Members of Parliament in the process of deciding whether a province is violating the principles of medicare and taking it out of the strict realm of intergovernmental disputes. So there would no longer be a question of simply one federal Minister relating to ten provincial Ministers. It seems to me this has been one of the problems all along with the public having to make judgments about just exactly what is going on in medicare. The only time they are treated to any public debate about the system is at these very rare conferences of provincial health Ministers and the federal health Minister or when it comes up at a first Ministers' meeting, for instance.

So I intend to move these amendments, although if the government's amendments or whatever refinements are suggested to the appeal process by the Conservatives are accepted, I guess it would look as if these kinds of amendments are not acceptable to the committee; and that would be unfortunate. I would support some kind of appeal process, perhaps the one suggested by the government, in the absence of any other process by which provinces could make their case. But I think it would be much superior—and more in keeping, in my own view, at least; there are other members who sat on the Special Committee on Parliamentary Reform who are here and who can speak for themselves—but more in keeping, in my view at least, with the thrust towards more involvement of Members of Parliament and more involvement of committees of the House in policy-making. It certainly seems to me that this is one place where we could make some advances in that regard. But a matter as significant as the federal government deciding to penalize a province for violations of the principles of medicare is something that members of the House of Commons ought to have ample opportunity not just to discuss but to have some input into; and that would be the intent of the amendments I have in mind.

The Chairman: Mr. Allmand, a point of order.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, within the last five minutes at least five amendments to different clauses, mimeographed, have been distributed to me; but there is no indication on any of them whom they are submitted by. I am wondering if something could be done from this point on so when we receive these different amendments we know from what party or from what member they are coming, so we can keep them in proper order.

The Chairman: I believe they are all from Mr. Epp. Is that correct, Mr. Epp?

Mr. Epp: No, they are not.

[Traduction]

C'est pourquoi j'ai l'intention de proposer un amendement, notamment à la ligne 31 de l'article 14 imposant au ministre de renvoyer la question au Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales, suivi d'une série d'amendements corollaires permettant à ce Comité de faire des recommandations à la Chambre concernant les mesures à prendre contre une province qui continuerait à enfreindre les principes de l'assurance-maladie après que le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales se serait penché sur la question. C'est un moyen, monsieur le président, de faire intervenir les députés dans le processus de décision lorsqu'il s'agit de savoir si une province enfreint les principes de l'assurance-maladie et de sortir l'affaire de la sphère des conflits intergouvernementaux. Ainsi, on n'aurait plus un ministre fédéral confronté seul à dix ministres provinciaux. En effet, le public a toujours eu du mal à se faire une opinion de la situation en ce qui concerne l'assurance-maladie. Le seul moment où un débat public se déroule sont ces très rares conférences des ministres de la Santé provinciaux et du ministre fédéral ou lorsqu'on en parle lors d'une conférence des premiers ministres.

C'est pourquoi j'ai l'intention d'introduire ces amendements, bien que je craigne qu'ils ne soient pas acceptés par le Comité si les amendements du gouvernement ou les modifications de la procédure d'appel proposée par les conservateurs sont acceptés; cela serait regrettable. Je suis en faveur d'une procédure d'appel d'une sorte ou d'une autre, peut-être même celle proposée par le gouvernement, en l'absence de tout autre mécanisme permettant aux provinces de se faire entendre. Je trouve cependant que ma proposition serait meilleure et irait beaucoup mieux dans le sens d'une plus grande participation des députés et d'un plus grand pouvoir des comités dans les décisions politiques. Je ne sais pas si les autres députés qui ont siégé au Comité spécial de la réforme parlementaire pensent comme moi mais il me semble que ce serait là une bonne occasion de progresser dans cette voie. Une question aussi importante que la pénalisation par le gouvernement fédéral d'une province enfreignant les principes de l'assurance-maladie mérite certainement que les députés aient l'occasion non seulement d'en débattre mais également d'influencer la décision et c'est dans cet esprit que je propose mes amendements.

Le président: Monsieur Allmand invoque le Règlement.

M. Allmand: Monsieur le président, au cours des cinq dernières minutes on m'a distribué au moins cinq amendements à divers articles mais on n'indique nulle part qui en est l'auteur. Ne pourrait-on pas faire en sorte d'indiquer sur les divers amendements quel est le parti ou le député qui les propose afin que nous puissions les classer.

Le président: Je crois qu'ils viennent tous de M. Epp. Est-ce exact monsieur Epp?

M. Epp: Non.

[Text]

Mr. Allmand: No, they are not.

The Chairman: Maybe Mr. Allmand's point is well taken.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I will try to correct it, because I was really going to ask the same question. The amendment to Clause 2, page 4, on "health care practitioner", is ours. That is PC-1. Second was the one I moved last Thursday to Clause 12. That is PC-2.

The Chairman: That is the reasonable compensation one?

Mr. Epp: That is right.

• 1005

Mr. Epp: That is right. Number three is Clause 15, page 10. Just one more, Mr. Chairman—Clause 12, page 8, which is the so-called interns' amendment, is our fourth one; make it PC-4.

Mr. Breau: Which is PC-3?

Mr. Epp: Clause 15.

That is Clause 12, page 8, and I say to you, Mr. Chairman, as I said earlier, there are other amendments I have made available to the clerk only. They have not been distributed. What I am doing with the clerk is to take a look at the legal drafting before . . . I might even submit them, but I have made that point.

I think the other one, Clause 12, page 8, the short one here with this package, is not ours. I believe that came from the Parliamentary Secretary on Thursday in a draft form.

The Chairman: What does it refer to?

Mr. Epp: That is the change in Clause . . . Unless they have sent duplicates out. Oh, I am sorry. I have something that you do not even have yet. I want to say I got it from the Chair.

The Chairman: Order, please! Mr. Allmand, is there one other one that you still have questions about?

Mr. Allmand: The only other one I have is one on Clause 10. For some reason or other it was just distributed. But it might help if in the future, as the amendments are distributed, they would have the name of the Member or the Party on them to help us.

The Chairman: Your point is well taken, Mr. Allmand.

I will go back to the debate on the amendment before us, G-17, and I will recognize Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mine is just a point of reassurance, Mr. Chairman. I just want to know that when a notice of concern is sent to a Province by registered mail, while we notice that it is sent I would like to have some indication as to when they expect it to be received, given the way in which mail gets around this country.

The Chairman: Is there any more debate on the government amendment? Mr. Reid.

[Translation]

M. Allmand: Non, ils ne viennent pas de lui.

Le président: Le reproche de M. Allmand est donc justifié.

M. Epp: Monsieur le président, je vais essayer de rectifier les choses car j'allais poser la même question. L'amendement à l'article 2, page 4, sur les assistants médicaux est le nôtre. Il porte le numéro PC-1. Ensuite il y a l'amendement à l'article 12 que j'ai introduit jeudi dernier et qui a le numéro PC-2.

Le président: C'est celui qui porte sur la rémunération raisonnable?

M. Epp: C'est cela.

M. Epp: Le numéro 3 est l'article 15, à la page 10. Il en reste un dernier, à l'article 12, page 8, l'amendement sur les internes qui porte le numéro PC-4.

M. Breau: Lequel est le PC-3?

M. Epp: L'article 15.

Le dernier porte sur l'article 12, page 8, et je vous informe que j'en ai remis d'autres au greffier uniquement et qui n'ont pas été distribués. Le greffier et moi essayons de vérifier le libellé avant de . . . Il se peut que je les introduise.

Je crois que l'autre, à l'article 12 page 8, le petit amendement qui fait partie de ce paquet, n'est pas le nôtre. Je crois que c'est un projet d'amendement qui nous a été donné par le secrétaire parlementaire jeudi.

Le président: Il porte sur quel article?

M. Epp: C'est l'article . . . À moins que l'on ait distribué des copies. Excusez-moi, j'ai ici des amendements que vous n'avez pas encore. Ils m'ont été donnés par le président.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Monsieur Allmand, en avez-vous encore dont vous ne connaissez pas l'origine?

M. Allmand: Le seul autre que j'ai porté sur l'article 10, il vient seulement de m'être distribué pour une raison ou pour une autre. Il serait utile qu'à l'avenir on indique le nom du député ou du parti sur les amendements que l'on nous distribue.

Le président: Nous prenons bonne note, monsieur Allmand.

Nous reprenons le débat sur l'amendement à l'étude, l'amendement G-17, et je donne la parole à Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je demande seulement à être rassurée sur un point, monsieur le président. Lorsqu'on envoie un avis à la province par courrier recommandé, quel délai a-t-on prévu pour l'acheminement de cette missive, étant donné la façon dont fonctionne le courrier dans notre pays.

Le président: Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement du gouvernement? Monsieur Reid.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): I did not know whether Miss MacDonald got a response to her question.

The Chairman: I do not know whether she expected a response.

Mr. Reid (St. Catharines): Then, Mr. Chairman, might I, almost on the same point and as a matter of clarification, a matter of information . . . Clause 13 deals with the conditions that the Provinces must meet before the federal government makes its full cash contribution. Then we move into the default section, Clause 14. We heard the Parliamentary Secretary introduce the amendment of Clause 13 based on consultations and the reference to regulations. I wonder if there is anywhere where it would be established and set out that there would be consultations between the federal government and the Provinces, setting out what those conditions should be or are, so that they can consider default and whether or not default was truly made or not. Then it comes back to Miss MacDonald's question as to notice of default.

So I would ask that the Parliamentary Secretary or the Minister indicate clearly what consultation process will take place when they fix . . . You know, the proposed amendment is now very positive, that the Provinces shall give recognition. In that connection I think it is only fair that the Provinces know exactly what they are required to meet at that stage.

• 1010

Secondly, it is not facetious to ask what time limit, because subclause (3), after the amendment goes through, says that the Minister may act without consultation, if there has not been a remedying of this default within what the Minister considers to be a reasonable time. So the whole fruit of Clauses 13 and 14 with their subclauses is somewhat bothering us all. It can be clarified if we know that consultation takes place between the provinces and the federal government to determine what those conditions are, clearly and specifically, and they know what they have to meet within the default section.

The Chairman: Madam Minister, do you have any further comments?

Madam Bégin: Mr. Chairman, since you ask if I want to add something, I will apologize to the member. I listened carefully but I am not sure I understood his point. The complete Bill is about spelling out the conditions. It is in the Bill itself that the rules of the game are defined very clearly. So when you come to the clauses speaking of defaults and, later, of penalties, you have two categories of defaults and, consequently, of penalties.

For the matter of greater concern, namely the two kinds of overcharges, the penalty is an automatic one of a dollar for a dollar, so there is no arbitrary decision coming into play.

When you speak of other possible breaches of the Bill, compared with the existing legislation, we are now offering, I think, a better system by spelling out a process of consultation. The purpose of the Bill remains to apply the conditions

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): Je ne sais pas si M^{lle} MacDonald a obtenu la réponse à sa question.

Le président: Je ne sais pas si elle attendait une réponse.

M. Reid (St. Catharines): Dans ce cas, monsieur le président, je voudrais moi aussi une précision . . . L'article 13 mentionne les obligations que la province doit respecter pour que le gouvernement lui verse le plein montant de sa contribution pécuniaire. On passe ensuite à l'article sur les manquements, l'article 14. Nous avons entendu le secrétaire parlementaire introduire un amendement à l'article 14 qui instaurerait une procédure de consultation. J'aimerais savoir s'il sera stipulé quelque part qu'il peut y avoir consultation entre le gouvernement fédéral et les provinces, si l'on indique quelles sont les conditions à remplir pour qu'il n'y ait pas manquement etc. Ensuite on en vient à la question de M^{lle} MacDonald concernant la notification de manquement.

J'aimerais donc que le secrétaire parlementaire nous dise précisément quel mécanisme de consultation interviendra lorsque . . . L'amendement proposé est très positif dans la mesure où les provinces vont maintenant . . . À cet égard, il ne serait que juste que les provinces sachent exactement quelles conditions elles doivent remplir à ce stade.

Deuxièmement, il n'est pas facétieux de demander quel délai est accordé car le paragraphe (3) de l'amendement dispose que le ministre peut agir sans consultation si le manquement n'a pas été rectifié durant ce que le ministre considère comme un délai raisonnable. Toute la portée de ces articles 13 et 14 nous gêne tous et on pourrait clarifier les choses en disant que des consultations doivent avoir lieu entre les provinces et le gouvernement fédéral pour déterminer quelles sont les conditions à remplir, de façon très précise, afin que les provinces sachent ce qu'elles doivent faire sous le régime de l'article 14.

Le président: Madame le ministre, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Bégin: Monsieur le président, puisque vous me demandez d'ajouter quelque chose, je dois d'abord m'excuser auprès du député. Je l'ai écouté attentivement, mais je ne suis pas certaine d'avoir bien compris où il veut en venir. C'est la totalité du projet de loi qui définit les conditions, qui fixe les règles du jeu de façon extrêmement claire. Lorsqu'on en vient aux dispositions relatives aux manquements, et ultérieurement aux sanctions, on y distingue deux catégories de manquements et, par voie de conséquence, deux catégories de sanctions.

En ce qui concerne la pratique qui nous inquiète le plus, à savoir les deux sortes de surfacturation, la sanction est automatique et correspond dollar pour dollar au manquement, si bien qu'aucune décision arbitraire ne peut intervenir.

En ce qui concerne les autres infractions éventuelles, nous offrons par nos amendements un meilleur système en instaurant un mécanisme de consultation. Le projet de loi a pour objet de faire respecter les conditions de façon expéditive parce

[Text]

expeditiously, of course, because you do not want to break medicare. Once the facts have been established, etc., through the process now mandatory by legislation . . . the one we are proposing, which my Parliamentary Secretary just moved—we will still have at one point in time to exercise the government's responsibility and apply the discretionary penalty for breaches of the various conditions spelled out in the Bill—but other than for overcharges.

The Chairman: Mr. Reid.

MR. Reid (St. Catharines): May I, Mr. Chairman, through you to the Minister, ask her if, prior to initiating any of the provisions under Clause 14, the proposed default section, she will clearly indicate to the provinces exactly what the conditions are that the provinces must meet within the terms of Clause 13?

Madam Bégin: That is the subclause on visibility and information, is it?

Mr. Reid (St. Catharines): That is right. Let us take the one on recognition.

Madam Bégin: Yes.

Mr. Reid (St. Catharines): The amendment was "shall give recognition to the contributions". Will the Minister, through consultation or an arbitrary decision of the federal Minister, indicate clearly to the provinces those conditions?

Madam Bégin: Yes. The clause itself, Clause 13, already explains, I think, quite clearly the intent by saying "public documents, or . . . advertising". Then there will be regulations—which we are recommending, following consultation with the provinces—to spell out, in detail, what we are talking about; so I think the rules of the game will be clearly known to the players.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, I want her to be quite specific—if I may. The reference to the regulations: there was a comment that there would be consultations.

Madam Bégin: Yes.

Mr. Reid (St. Catharines): Will this be clearly set out on the basis of the inclusion of a subparagraph or by way of a written communication by you or any subsequent Minister of Health to the provinces, so that there will not be any change automatically, by some change in officer or deputy or whatever, by way of recommendations and regulations that the provinces would not be aware of, before they are faced with some notice of default?

• 1015

Madam Bégin: Mr. Chairman, I need your guidance here because we would be proposing an amendment under the name G-26 to Clause 22. That is what we are discussing now, and I do not know if I should answer right now.

The Chairman: Madam Minister, perhaps . . .

Madam Bégin: In other words, Mr. Chairman, the amendment to spell out the consultation process as clearly as possible also has a sort of parallelism in Clause 22.

[Translation]

qu'il ne s'agit pas de bloquer l'assurance-maladie. Une fois que les faits ont été déterminés au moyen du processus inscrit maintenant dans la loi de par l'amendement que mon secrétaire parlementaire vient d'introduire, il faudra quand même que le gouvernement exerce sa responsabilité et impose la pénalité discrétionnaire pour toute infraction aux conditions spécifiées dans le projet de loi, autre que la surfacturation.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): J'aimerais demander au ministre si, avant de déclencher les dispositions de l'article 14, elle va clairement indiquer aux provinces quelles sont les conditions qu'elles doivent remplir aux termes de l'article 13?

Mme Bégin: Vous parlez là du paragraphe sur la visibilité et l'information, n'est-ce pas?

M. Reid (St. Catharines): Oui. Parlons de l'obligation de «faire état».

Mme Bégin: Oui.

M. Reid (St. Catharines): L'amendement dit: «doit faire état des contributions». Est-ce que le ministre fédéral indiquera clairement aux provinces en quoi consiste cette condition, soit après consultation, soit par une décision arbitraire?

Mme Bégin: Oui. L'article 13 est déjà très explicite puisqu'il parle des documents publics ou de la publicité. Ensuite interviendra un règlement, promulgué après consultation avec les provinces, qui indiquera en détail ce que nous entendons par là; les règles du jeu seront donc parfaitement connues des joueurs.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, je demande que le ministre soit très clair. À propos du règlement d'application, on a dit qu'il y aurait des consultations.

Mme Bégin: Oui.

M. Reid (St. Catharines): Est-ce que cette disposition fera l'objet d'un alinéa ou d'une communication écrite émanant de vous-même ou de votre successeur, adressée aux provinces, afin qu'il ne puisse pas y avoir de modification automatique décrétée par un quelconque nouveau sous-ministre, dont les provinces risqueraient de ne pas être informées avant de se trouver tout d'un coup confrontées à une notification de manquement?

Mme Bégin: Monsieur le président, je vais avoir besoin de vos conseils ici car nous proposons également un amendement à l'article 22, amendement qui porte le numéro G-26. C'est de lui qu'il est question maintenant et je ne sais pas si je dois donner la réponse maintenant.

Le président: Madame le ministre, peut-être, . . .

Mme Bégin: Autrement dit, monsieur le président, l'amendement qui instaure le mécanisme de consultation est à lire en conjonction avec l'article 22.

[Texte]

The Chairman: Mr. Reid, if this is agreeable to you, perhaps you might pursue this when we come to Clause 22.

Mr. Reid (St. Catharines): The regulations.

The Chairman: Yes.

Madam Bégin: That is where consultation would be added.

The Chairman: While I want to be fairly broad in allowing references to different clauses, I think we will have to keep to some sort of order.

Mr. Reid (St. Catharines): Except when they are related as they are, Mr. Chairman. Certainly, Clause 13 is . . .

Madam Bégin: No, they are not related.

The Chairman: I will give you lots of opportunity on Clause 22, Mr. Reid. I have no more discussion on this amendment.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, in view of the fact that there is that expression of concern, when you set out those conditions as deftly as you have in Clause 13 and the default clause, Clause 14, if there is any ambiguity, it would seem to me it would be desirable to stand the clause until we reach Clause 22, with reference to consultations which must take place before those conditions are properly fixed. You are saying they will take place after consultation. I am concerned with that degree of consultation and the time limits allowed before the Minister can act on her own without consultation.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: The problem now is that we are entering into the beef of the Bill, of course, which is the penalty system the Bill establishes. Usually we stand a clause either when we have an amendment we are not yet ready to discuss or when there is a principle problem on which we may want to have further discussion. The fact of the matter is that, at some point, we will have to reach a decision on all those clauses, Clauses 13, 14 and 15. Clause 22 is only on the regulatory power and should be discussed as such, but it does not change the principle as it is expressed in those clauses.

So what I would suggest, Mr. Chairman, is that we address the problem of Mr. Reid head on, and maybe the Minister could answer relating to Clause 22 even though we have not yet discussed Clause 22. If his concerns are of a regulatory nature and we assess that, then they could be addressed in Clause 22. If they are on a principle problem, then they have to be addressed in Clause 13. But they are not related in the sense that Clause 22 is purely and simply regulatory power. I would suggest we address the problem head on, because it is no use postponing it until Clause 22. If it is a principle problem, then the proper place to address it is in Clauses 13, 14 and 15.

So with all due respect, I do not think we will solve anything by studying the clause, unless there is an amendment pending or something of that nature, and we do not know that yet. So

[Traduction]

Le président: Monsieur Reil, si cela vous convient, il vaudrait mieux aborder la question lorsque nous en serons à l'article 22.

M. Reid (St. Catharines): Sur les règlements.

Le président: Oui.

Mme Bégin: C'est là que l'on ajoutera un amendement concernant la consultation.

Le président: Je veux bien me montrer flexible et permettre que l'on traite de plusieurs articles à la fois, mais il faut quand même respecter un certain ordre.

M. Reid (St. Catharines): Sauf quand des articles sont apparentés, monsieur le président. L'article 13

Mme Bégin: Non, ils ne sont pas apparentés.

Le président: Je vous donnerai tout le temps nécessaire lors du débat sur l'article 22, monsieur Reid. Je ne veux pas qu'on discute encore de cet amendement.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, étant donné cette inquiétude concernant les conditions rigoureuses imposées par les articles 13 et 14, il me semblerait souhaitable de réserver ces articles jusqu'à ce que nous passions à l'article 22 qui prévoit les consultations qui doivent se dérouler sur la définition de ces conditions. Vous dites que ces conditions seront définies après consultation. Je m'inquiète des modalités de cette consultation et des délais qui lui sont impartis avant que le ministre puisse agir de son propre chef sans consultation.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Le problème est que nous abordons maintenant la substance du projet de loi, c'est-à-dire le système de pénalités que le bill instaure. En général, nous réservons une clause s'il y a un amendement que nous ne sommes pas encore prêts à débattre ou s'il se pose un problème de principe sur lequel nous voulons revenir. Il se trouve que nous devons bien, à un moment donné, parvenir à une décision concernant toutes ces clauses, les articles 13, 14 et 15. L'article 22 ne concerne que le pouvoir réglementaire et devra être débattu en tant que tel car il ne change rien au principe qui est arrêté par ces autres clauses.

Je proposerais donc, monsieur le président, que nous nous attaquions au problème de M. Reid de front et permettons au ministre de parler de l'article 22 bien que nous n'ayons pas encore abordé celui-ci. Si son objection porte sur le règlement, alors on pourra en traiter à l'article 22. Si le problème en est un de principe, alors il faut en discuter à l'article 13. Les deux articles ne sont pas apparentés dans la mesure où l'article 22 concerne uniquement le pouvoir réglementaire. Je propose que nous nous attaquions au problème de front car il ne sert à rien de le repousser jusqu'à l'examen de l'article 22. Si c'est un problème de principe, c'est maintenant qu'il faut en traiter, à propos des articles 13, 14 et 15.

Il ne servirait à rien, à mon sens, d'attendre jusqu'à l'article 22, à moins qu'un amendement ne soit prévu, mais cela, nous ne le savons pas encore. Je pense donc qu'il vaudrait mieux en discuter maintenant et y consacrer le temps nécessaire.

[Text]

with that being said, I would prefer we discuss it now and take the time necessary to solve it.

The Chairman: Mr. Reid, I think you have expressed your concerns very succinctly. All I can say is, if the Minister wants to refer to something in Clause 22, I will certainly let her do so or handle it as she sees fit.

Mr. Reid (St. Catharines): Since Mr. Epp has already introduced the comment that there will be an amendment coming forward with respect to Clause 15 and the appeal procedures, if the government side would view that with favour, my concern would be diminished immediately.

The Chairman: I do not think we can anticipate that, Mr. Reid.

Madam Minister, do you have any further comments?

Madam Bégin: On what?

The Chairman: On Mr. Reid's concerns. If you want to refer in passing to Clause 22 if you think it is relevant, I will let you do so.

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman.

So on Clause 14, I will review the reasoning in the questions raised; and Mr. Reid, through the chairman, correct me if I am making a mistake.

• 1020

Clause 14 speaks of default and consequently of penalties. If it was to apply to Clause 13, would the parties involved know very clearly the rules of the game? The answer is yes, by way of regulation. Would they have a chance to say a word about the regulations that will spell out Clause 13? The answer is yes, because under Clause 22 we will propose an amendment which the member will find under G-17, naming that area covered by Clause 13 as one where consultation must in a mandatory matter have taken place before. *Je m'excuse, ce n'est pas G-17, it is G-26.* I made a mistake, I am sorry. It is at the bottom of the page, line (c)(iv), which must be read in conjunction with the top part of that same page.

In other words, if I tried to bring the matter a step further in terms of concrete translation into action, into administrative action, Clause 13 speaks of recognition—which of course does not mean gratitude—and we want to have public documents or any advertising recognizing contributions and payments by Canada. So are we speaking of amounts of dollars, or are we speaking of the fact itself that the Government of Canada is part of this? That is exactly what the provinces will be consulted about, and then it will be translated into a regulation.

Have I answered the question, Mr. Reid?

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Reid. I am advised that I should call the vote on Clause 14.(1)(a), as amended.

All right, I am informed that we should be calling it on paragraph (a) of the amendment before us, because Mr.

[Translation]

Le président: Monsieur Reid, vous avez posé votre question de façon très succincte. Si le ministre veut vous renvoyer à l'article 22, je l'autorise à le faire ou à répondre de la façon qu'il lui plaira.

M. Reid (St.Catharines): Puisque M. Epp nous a déjà fait savoir qu'il introduira un amendement à l'article 15, sur la procédure d'appel, et si le gouvernement est prêt à l'accepter, mon objection se trouvera levée automatiquement.

Le président: Je ne crois pas que nous puissions anticiper là-dessus, monsieur Reid.

Madame le ministre auriez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Bégin: À quel sujet?

Le président: Sur la question de M. Reid. Si vous voulez faire mention de l'article 22, je vous autorise à le faire.

Mme Bégin: Je vous remercie, monsieur le président.

Au sujet de l'article 14, je vais exposer le raisonnement suivi et, monsieur Reid, vous pourrez me reprendre si je fais erreur.

A l'article 14, on parle de manquement et, par conséquent, de pénalités. Si la même disposition s'appliquait à l'article 13, est-ce que les parties concernées connaîtraient les règles du jeu? La réponse est oui, grâce au règlement. Auraient-ils leur mot à dire sur les règlements prévus à l'article 13? La réponse est oui car aux termes de l'article 22, qui sera modifié par l'amendement qui porte le numéro G-17, la consultation préalable sera obligatoire. *Excuse me, it is not G-17.* Il s'agit de G-26. Je me suis trompée, je m'en excuse. Il se trouve au bas de la page. Il s'agit du sous-alinéa c)(iv), qui rejoint ce que l'on trouve en haut de cette page.

En d'autres termes, si je veux traduire ces dispositions en action administrative concrète, je dois tenir compte du fait que l'article 13 prévoit la reconnaissance, et non pas la gratitude, des contributions et montants versés par le Canada dans les documents ou la publicité des provinces. Donc, s'agit-il de montants précis ou du fait même que le Gouvernement du Canada fasse partie du processus? Les provinces seront consultées à ce sujet précis et, ensuite, la disposition sera traduite en règlement.

Est-ce que j'ai répondu à votre question, monsieur Reid?

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Reid. On me prévient que je devrais mettre aux voix l'article 14.(1)a) tel qu'amendé.

Maintenant on m'apprend que je devrais d'abord mettre aux voix l'alinéa a) de l'amendement dont nous sommes saisis, car

[Texte]

Blaikie has an amendment before we reach paragraph (b) of the amendment, if that is satisfactory.

Amendment paragraph (a) agreed to.

The Chairman: Mr. Blaikie, I will hear your amendment.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I move that Clause 14 be amended by striking out line 33 on page 9 and substituting the following:

the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

For the convenience of the committee, Mr. Chairman, may I say that this is the beginning of a series of amendments which, if they were accepted by the committee, would have the effect of substituting the process suggested in the Bill as we have it, or the process suggested by the amendments moved by the government and the intended amendments by the PCs, with a process that would go this way: That the matter would be referred by the Minister to the committee and the committee would make a recommendation to the House of Commons as to what penalties should be applied, if any, to the province. The point I am trying to make—I think the process speaks for itself—is that I will regard the vote on this, not just for procedural reasons obviously but for other reasons, as sort of decisive on the whole process. If this one is defeated I will not bother the committee by moving all the rest of the amendments; it would not make any sense because you have to start in Clause 14 and go through to the end of Clause 16. I am letting you know that I am trying to convenience the committee. I will regard the vote on this amendment as acceptance or rejection of the whole process that I have in mind. But just one last-minute argument. I think this . . .

• 1025

Mr. Breau: Do we have a copy of the amendment?

The Chairman: Order, please. Mr. Blaikie, since your amendments do all gibe together and you say that you will probably take the vote on one . . . it could be the vote on them all . . . perhaps you could distribute those and I will let you speak in general terms about the others because we do have some residual concerns about some of them. It would make a lot more sense if you could distribute them.

Mr. Blaikie: I am sorry, Mr. Chairman. Distribute them then. That is fine.

The Chairman: Can we just wait for a second until we get everything before us here?

Mr. Epp: Mr. Chairman, we could not take all these amendments and have them synthesized through some kind of computer and come back in a week?

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, do we number these?

The Chairman: I guess that is a good point, Mr. MacLellan. Mr. Blaikie, do you have your amendment before you?

Mr. Blaikie: Yes, I do.

[Traduction]

M. Blaikie a l'intention de proposer un amendement avant que nous passions à l'alinéa b) de l'amendement.

L'alinéa a) tel qu'amendé est adopté.

Le président: Monsieur Blaikie, j'accepterai votre amendement.

M. Blaikie: Monsieur le président, je propose que l'article 14 soit modifié par la substitution à la ligne 31, page 9, de ce qui suit:

faire au Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales.

Pour l'édification du Comité, monsieur le président, permettez-moi de vous dire que c'est le premier d'une série d'amendements qui, si le Comité devait les accepter, auraient pour effet de remplacer le processus proposé dans le projet de loi tel quel ou par les amendements proposés par le gouvernement ou par le Parti conservateur, par une autre procédure selon laquelle le ministre renverrait l'affaire au Comité qui ferait une recommandation à la Chambre des communes relative aux peines qui devraient être imposées, le cas échéant, à la province intéressée. Ce que je veux dire—le processus me semble d'ailleurs évident—c'est que pour des raisons de procédure et d'autres encore, je considérerais le vote à ce sujet comme décisif pour l'ensemble du processus. Si cet amendement est rejeté, je n'imposerais pas les autres au Comité, ce serait inutile car il faut commencer à l'article 14 pour aller jusqu'à la fin de l'article 16. Je voudrais simplement faciliter les choses au Comité. Je considérerais le vote sur cet amendement comme l'acceptation ou le rejet de tout le processus auquel je pense. Mais un dernier point. Il me semble que ce . . .

M. Breau: Avons-nous un exemplaire de l'amendement?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Blaikie, étant donné que tous vos amendements forment un tout et que vous considérerez probablement le vote portant sur l'un d'eux—ou peut-être sur tous—vous pourriez peut-être les distribuer, et je vous laisserai parler en général des autres, car nous avons d'autres préoccupations au sujet de certains d'entre eux. Il serait beaucoup plus utile de les faire distribuer.

M. Blaikie: Je suis désolé, monsieur le président. Faites-les donc distribuer. C'est parfait.

Le président: Pouvons-nous attendre un instant, le temps qu'ils soient tous distribués.

M. Epp: Monsieur le président, ne pourrions-nous pas prendre ces amendements pour les synthétiser au moyen d'un ordinateur pour revenir dans une semaine?

M. MacLellan: Monsieur le président, est-ce que devons les numéroter?

Le président: C'est une bonne idée, monsieur MacLellan.

Monsieur Blaikie, avez-vous votre amendement devant vous?

M. Blaikie: Oui.

[Text]

The Chairman: Do you want to number them?

Mr. Blaikie: Yes. I would be reluctant to try to number them, Mr. Chairman.

The Chairman: Well, maybe get them in chronological order, or whatever so people could just . . .

Mr. Blaikie: Well, there is an amendment to Clause 14, to strike out line 33 on page 9 and substitute the following:

Governor in Council with the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

Clause 14.(2) then becomes unnecessary because the Minister cannot act on her own. It is a matter which is before the committee.

Then another amendment, that Clause 15.(1) be amended by striking out . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): We had NDP 1 and 2 the other day, so I am just trying to pick up.

Mr. Blaikie: Now you are trying to get into more advanced forces.

Mr. Epp: Can we have this from the beginning please?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Clause 4, page 9—is that NDP 3?

The Chairman: I think, Miss MacDonald, we will call that NDP 1—where they pick up. We will get the other two made. Clause 14, page 9, lines 34 and 39 will now be NDP 2. Clause 15, page 9, will be NDP 3. Clause 15, page 10, page will be NDP 4. Clause 15, page 10 on the next page starting Clause 15.(2), will be NDP 5.

Mr. Blaikie: Okay. If I understand how the amendments that have been handed out . . . a lot of them say "Parliament". What I had intended when I moved those amendments this morning was not to say "Parliament" but say "The House of Commons", because apparently there is some problem with using the word "Parliament" as such, because not only does it refer to both Houses, but technically it also includes the Crown. The idea would be for the amendments that have been distributed to read "Parliament" instead of "The House of Commons".

I think we can simplify matters, Mr. Chairman. The amendments themselves are complicated, and if there is a political acceptance of them we can work that out. The point is whether or not there is that acceptance. I would just like to make the argument in principle—if it is rejected that is regrettable—but we do not even have to get into all this other stuff about procedural matters and the various amendments. The principle of it is that this ought not to be a matter only between the federal Minister of Health and Welfare and the provinces regardless of what mechanisms for consultation and an appeal are set up; that the actions of the federal Minister, should it come to the point where the Minister feels the province should be penalized under the discretionary aspects of the bill, would have more legitimacy if it were laid before a committee of this House; if witnesses were able to be heard as

[Translation]

Le président: Voulez-vous les numéroter?

M. Blaikie: J'hésiterais à essayer de les numéroter, monsieur le président.

Le président: Placez-les peut-être par ordre chronologique par exemple, afin que l'on puisse . . .

M. Blaikie: Il y a un amendement à l'article 14, visant à remplacer à la ligne 31, page 9,

«gouverneur en conseil» par «Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.»

Le paragraphe 14.(2) devient alors inutile car le ministre ne peut pas agir de sa propre initiative. Le Comité est saisi de la question.

L'autre amendement propose que le paragraphe 15.(1) soit modifié par la suppression . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous avons les numéros NPD 1 et 2 l'autre jour, j'essaie donc de choisir.

M. Blaikie: Vous essayez de parvenir à des forces plus avancées.

M. Epp: Pouvons-nous reprendre depuis le début, s'il vous plaît?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): A l'article 4, page 9 . . . S'agit-il de l'amendement NPD 3?

Le président: Mademoiselle MacDonald, nous appellerons cela N.P.D. 1 . . . où ils se recoupent. Nous verrons les deux autres. À l'article 14, page 9, les lignes 34 et 39 constitueront maintenant l'amendement N.P.D. 2. L'article 15, page 9, sera N.P.D. 3. L'article 15, page 10, sera N.P.D. 4. L'article 15, page 10 à la page suivante, commençant au paragraphe 15.(2), sera N.P.D. 5.

M. Blaikie: Très bien. Si je comprends bien la façon dont les amendements ont été distribués . . . Dans un grand nombre il est question du «Parlement». En proposant ces amendements ce matin, j'avais l'intention de parler non pas du «Parlement» mais de la «Chambre des communes», car il semble y avoir des problèmes à utiliser le terme de «Parlement» en tant que tel, parce que il renvoie non seulement aux deux chambres, mais techniquement il inclut aussi la Couronne. Le principe serait que les amendements distribués indiquent «Parlement» au lieu de la «Chambre des communes».

Il me semble que nous pouvons simplifier les choses, monsieur le président. Les amendements sont déjà compliqués, et si on peut les accepter politiquement, on peut déjà faciliter les choses. Il faut se demander s'ils peuvent être acceptés de la sorte. J'aimerais dire en principe—si c'est rejeté, c'est regrettable, mais nous n'avons même pas besoin d'envisager toutes ces autres questions de procédure et les divers amendements. L'important, c'est qu'il ne doit pas s'agir uniquement d'une question entre le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social et les provinces, peu importe les mécanismes de consultation et d'appel prévus, et que les mesures prises par le ministre fédéral, s'il arrivait que celui-ci estime justifié de pénaliser la province aux termes des dispositions discrétionnaires du projet de loi, seraient grandement légitimées si la question avait été renvoyée à un comité de la Chambre des

[Texte]

to what was going on in that particular province and if a committee of the House of Commons were to be able to express its opinion and make a recommendation to the House.

• 1030

Now I admit that this, as I understand it, would probably be a novel thing, although that is in effect what we are doing now. If the Minister wants to act unilaterally with respect to medicare, in order for that to happen it has to pass through this committee. So in that respect it is not entirely novel. So that is the principle of the amendments as you have them, Mr. Chairman, and I would like to hear other members of the committee on it.

The Chairman: I will hear general discussion of the amendment. I think by first glance, by changing from Parliament to the House of Commons you helped yourself, Mr. Blaikie, a fair amount on some of the initial procedural problems that might have been there but I will still hear arguments in general. Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, I do not want to discuss at this point the substance of the amendment because I guess in general terms what Mr. Blaikie would like to do, I would support. However, it seems to me that it is not entirely in order for legislation to prescribe to the House of Commons what it should do. The House of Commons is sovereign; it is totally autonomous in terms of the means by which it examines what Ministers do or what the government does. Over and above that Mr. Blaikie would propose to designate a committee which he would call the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. How does he know that committee would exist next month? The House of Commons may move to abolish that by a simple resolution so we cannot by legislation prescribe orders or procedures to the House of Commons to examine governments or to examine bills or to examine Ministers. It seems to me that to suggest that there be parliamentary examination in general terms when a Minister takes some action may be justified to put in legislation, but to start prescribing in detail to what committee, not even the House of Commons or not even the government, a Minister would prescribe... As I read his amendment—the first one for example, Clause 14, line 33 on page 9,

The Chairman: That is the one we are officially on.

Mr. Breau: That is right—what that would mean is that:

The Minister shall refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

But a Minister cannot refer anything to a committee

Madam Bégin: Sure.

Mr. Breau: Well of course not. The House of Commons refers things to committees; a Minister tables it in the House. The government tables something in the House and then it

[Traduction]

communes, si des témoins avaient pu être entendus sur ce qui se passe dans la province en question et si le comité avait pu exprimer son opinion et faire des recommandations à la Chambre.

J'admets que cette démarche, telle que je la conçois serait une innovation, même si, en fait, c'est exactement ce que nous faisons actuellement. Si le ministre veut agir unilatéralement dans le domaine de l'assurance-maladie, il faut que son initiative soit approuvée par le comité compétent. Donc, à cet égard, il ne s'agit pas exactement d'une innovation. Voilà le principe qui sous-tend les amendements proposés, monsieur le président, et j'aimerais connaître l'opinion d'autres membres du comité à ce sujet.

Le président: Il y aura discussion générale au sujet de cet amendement. Je dois dire, après un premier coup d'oeil, qu'en changeant du Parlement à la Chambre des communes, vous avez réduit, monsieur Blaikie, bon nombre de problèmes initiaux de procédure qui auraient été soulevés, mais nous allons quand même procéder à une discussion d'ordre général. Monsieur Breau.

M. Breau: Monsieur le président, je ne veux pas à ce moment-ci discuter de l'essence même de l'amendement parce qu'en général je crois pouvoir appuyer que préconise M. Blaikie. Toutefois, il me semble qu'il ne soit pas tout à fait opportun qu'une loi prescrive à la Chambre ce qu'elle doit faire. La Chambre des communes est souveraine; elle est entièrement autonome en ce qui concerne les moyens dont elle dispose pour examiner ce que font les ministres ou ce que fait le gouvernement. En outre, M. Blaikie propose de désigner un comité qu'il appellerait le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales. Comment peut-il prévoir que ce comité existera le mois prochain? La Chambre des communes peut décider de le supprimer par une simple résolution, de sorte que nous ne pouvons pas par le biais d'une loi, prescrire un décret ou des procédures à la Chambre des communes lui enjoignant d'examiner les actions des gouvernements ou des ministres ou des projets de loi. À mon avis, il semblerait justifiable de préciser dans la loi que lorsqu'un ministre prend certaines mesures, celles-ci fassent l'objet d'un examen parlementaire, mais de là à préciser à quelle qu'un ministre puisse renvoyer, même pas la Chambre des communes ni le gouvernement... Comme on peut le lire dans le premier amendement l'article 14, ligne 35 page 9.

Le président: C'est bien l'article que nous étudions en ce moment.

M. Breau: C'est ce que cela signifie c'est que:

Le ministre peut renvoyer la question au comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Mais un ministre ne peut pas renvoyer une question à un comité.

Mme Bégin: Bien sûr.

M. Breau: Bien sûr que non. La Chambre des communes peut renvoyer des questions aux comités; un ministre dépose un document à la Chambre. Saisie de ce document, il appartient

[Text]

becomes a property of the House of Commons and the House of Commons then, either through Standing Orders, which is fixed, or by resolution, determines to send something to a committee. So I do not really think, Mr. Chairman, as much as I share the objective of having parliamentary examination to whatever a Minister does under Section 14...

Mr. Blaikie: That is easy to overcome Herb if you really wanted to.

The Chairman: Order please.

Mr. Breau: Well I am not here to...

The Chairman: Order please, I will let Mr. Blaikie speak then of course, but please carry on, Mr. Breau.

Mr. Breau: Well I guess Mr. Blaikie says this can be overcome. I am not here to correct his mistakes or to correct his amendments or to edit them. If he wants to withdraw the amendments and have other ones, fine. But I am saying that the objective of having in legislation the requirement that the government or a Minister refer to the House of Commons for parliamentary examination in general terms of an action is one thing. But to start describing in legislation that the Minister shall refer something to a specific committee, we do not even know if that committee will exist next month or next year. That committee is not written in the Constitution; that committee is written in the Standing Orders of the House.

• 1035

Mr. Blaikie: Neither is the Minister.

Mr. Breau: No one can prescribe to the House of Commons—this is very serious—no one can prescribe to the House of Commons by legislation, what the House of Commons should do. Only the Standing Orders of the House or a resolution in the House can do that. Mr. Blaikie may want to amend the Constitution but this is hardly the place to amend it.

The Chairman: Mr. Epp, I have you now. Would you comment, please?

Mr. Epp: First of all, Mr. Breau puts forward the traditional arguments. What is happening though in the House of Commons...

An Hon. Member: Is primitive, you might say.

Mr. Epp: —or is it Neanderthal?

Mr. Breau: That is what the Constitution provides for.

Mr. Epp: For some period of time the situation with the special committee on changes to the rules—and there has been agreement in the committee and I know Mr. Lachance has been on that committee—I sat on that committee in its early days—there is no question that in this committee and in its presentations to the House of Commons there has been a very deep desire on the part of this committee and generally in the House that the committees operate more independently. There is no question that this has been an overriding sentiment in those changes.

[Translation]

alors à la Chambre des communes, soit en faisant appel au Règlement qui est fixe, soit en adoptant une résolution, de décider de renvoyer la question à un comité. Donc, je ne crois pas en réalité, monsieur le président, même si je suis d'accord avec l'objectif voulant qu'il y ait examen parlementaire des mesures adoptées par le ministre aux termes de l'article 14...

M. Blaikie: Ce serait facile à régler, Herb, si vous le vouliez.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Breau: Eh bien, je ne suis pas ici pour...

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je vais laisser la parole à M. Blaikie plus tard; continuez, monsieur Breau.

M. Breau: M. Blaikie semble dire que l'on peut facilement surmonter cet obstacle. Je ne suis pas ici pour corriger ses erreurs ou ses amendements ou pour les mettre au point. S'il veut retirer les amendements en question et en proposer d'autres, d'accord. Mais ce que je veux dire, c'est que l'objectif visant à préciser dans la loi que les actions du gouvernement ou d'un ministre fassent l'objet d'un examen parlementaire à la Chambre des communes, en termes généraux, est une chose, mais préciser dans la loi que le ministre doive référer une question à un comité en particulier, lorsque nous ne savons même pas si ce comité existera le mois prochain ou l'année prochaine, c'est autre chose. Ce comité n'est pas inclus dans la Constitution; ce comité est simplement prévu au Règlement de la Chambre.

M. Blaikie: Le ministre non plus.

M. Breau: Personne ne peut prescrire à la Chambre des communes—il s'agit d'une question très grave—personne ne peut donc prescrire à la Chambre des communes par une loi, ce que celle-ci doit faire. Ce ne peut être que par un règlement ou une résolution de la Chambre. M. Blaikie veut peut-être apporter des amendements à la Constitution, mais ce n'est pas l'endroit propice pour le faire.

Le président: Monsieur Epp, vous avez maintenant la parole. Pourriez-vous nous faire part de vos observations?

M. Epp: Tout d'abord, M. Breau avance des arguments traditionnels. Ce qui se passe à la Chambre des communes...

Une voix: Est primitif, pourrait-on dire.

M. Epp: ... ou peut-être du Néanderthal?

M. Breau: C'est ce que prévoit la Constitution.

M. Epp: Pendant une certaine période de temps, le comité spécial chargé d'examiner les règlements—où j'ai participé aux premières séances et où je sais que M. Lachance a siégé était animé, comme en font foi ses délibérations et ses recommandations à la Chambre des communes d'un réel désir partagé, en général par la Chambre des communes, que les comités jouissent d'une plus grande autonomie. Il n'y a aucun doute que ce soit le motif profond des changements proposés.

[Texte]

There has also been, in fact for the government I would suggest that in a sense there is a difficulty under the present rules. I do not see how these amendments are violating these rules and the point I make is this: At the present time when a report is made available to the House, a report under statute, an annual report for example, that matter must be referred to the committee, as Mr. Breau points out, by the House. But the problem is that the government then really makes the decision whether it will be referred or not and the government often wants either the referral not to take place for political or administrative reasons, or both, or on the other hand, the government might want to have the matter moved to committee and because it is not moved to committee, the government appears to be stonewalling or not being involved in open government. So there are dilemmas on both sides of this issue.

That being the case, Mr. Chairman, there is no question that in legislation in the last numbers of years there has been a fair amount in legislation where the House of Commons has said that there is to be a report to Parliament and the attitude when that clause comes into legislation . . . I give you only one example, the annual report of the immigration department has to now establish in advance its yearly targets for immigration flow. It has to report it to the House of Commons and it then goes to committee. It was the intention both of the committee and the House, in that kind of legislation, that the government not hold the report in limbo in the House but that it be referred to the committee so that the matter could be discussed.

Mr. Blaikie's amendments really, in essence, would do the same thing. Additionally, the government as well is in a dilemma because the committee might want to sit but the committee has not been struck. So while the committee might want to look at a specific case, the government then says we cannot have the committee sit because it has not been struck and we get into this no-man's land constantly as to the relative independence of the committee. Yet the committee really gets its life not—well it does technically from the House of Commons, I appreciate that—there is kind of a limbo for the government as well . . . All I am saying—I am talking in principle here—what Mr. Blaikie is trying to do in keeping with the spirit that has been prevailing in the House of Commons for some time, is to have these matters referred to a committee virtually automatically and that the government does not get into the box where they seem to be holding up the information and its debate in committee and vice versa, that the committees have some independence. That was the thrust of the freedom of information. That has been the thrust in the public—those who have been studying the workings of the House of Commons and Parliament generally.

• 1040

I am addressing myself to the principles of these amendments that Mr. Blaikie put forward; I think they have a lot of merit. I say to Mr. Breau with all the patience I can muster that the manner in which we have been working in the committee on amendments, especially the week previously, is that we have been trying to find an accommodation of how

[Traduction]

Il y a aussi le fait, à mon avis, que le gouvernement éprouve des difficultés en ce qui concerne le règlement actuel. Je ne vois pas comment ces amendements peuvent contrevenir au Règlement et là où je veux en venir, c'est qu'actuellement, lorsqu'un rapport est déposé à la Chambre, soit un rapport prévu par la loi, comme un rapport annuel par exemple, la question doit être renvoyée au comité par la Chambre, comme l'a souligné M. Breau. Mais en réalité, c'est à ce moment-là que le gouvernement prend la décision de renvoyer ou non la question au comité et il arrive souvent que le gouvernement ne procède pas ainsi, pour des raisons d'ordre politique ou administrative, ou les deux; par ailleurs, le gouvernement peut vouloir renvoyer la question au comité et si elle ne l'est pas, il peut sembler faire de l'obstruction ou ne pas vouloir participer à une discussion ouverte. Donc cette question présente des dilemmes des deux côtés.

Ceci étant le cas, monsieur le président, il est certain qu'au cours des dernières années, il se soit présenté bon nombre de cas où la Chambre des communes ait exigé qu'un rapport soit déposé au Parlement en vertu de la Loi, et si cette disposition est adoptée . . . je vais vous en donner seulement un exemple, soit le rapport annuel du ministère de l'Immigration qui doit maintenant établir à l'avance ses objectifs annuels quant au nombre d'immigrants. Le rapport doit être déposé à la Chambre des communes pour être ensuite renvoyé au comité. L'intention à la fois du comité et de la Chambre, en l'occurrence, était que le gouvernement ne retienne pas le rapport à la Chambre, mais que celui-ci soit plutôt renvoyé au comité pour discussion.

En réalité, les amendements proposés par M. Blaikie vont dans le même sens. En outre, le gouvernement est aussi dans un dilemme parce que le comité peut vouloir siéger mais il n'a pas encore été formé. Donc, même si le comité veut étudier un cas précis, le gouvernement déclare alors que le comité ne peut pas siéger parce qu'il n'a pas été formé et c'est pourquoi cette question de l'indépendance relative des comités est toujours imprécise. Malgré cela, le comité dépend en réalité—de la Chambre des communes sur le plan technique, je le sais—mais il peut aussi rester dans les limbes . . . tout ce que j'essais de dire—je parle du principe en question—c'est que ce que M. Blaikie essayait de faire, tout en respectant l'esprit qui a cours à la Chambre des communes depuis un certain temps, c'est que ces questions soient renvoyées presque automatiquement au comité et que le gouvernement ne semble pas retenir des renseignements et faire traîner les choses en comité, et vice versa, que les comités jouissent d'une certaine autonomie. Voilà l'objectif de l'accès à l'information. C'était le but qu'entrevoyait le public—ceux qui suivaient de près les travaux de la Chambre des communes et du Parlement en général.

Je m'interroge sur les principes des amendements qu'a avancés M. Blaikie; je suis d'avis qu'ils ont beaucoup de mérite. Je tiens à dire à M. Breau, avec toute la patience dont je puis faire preuve, qu'en ce qui concerne la façon dont nous avons procédé à l'étude des amendements en comité, particulièrement au cours de la semaine précédente, nous avons essayé

[Text]

best we can address the problems we see, rather than hide behind the stock answer of, well, if the amendment is drafted wrong we will vote against it and that is the end of it. I do not think that is how we can improve this legislation.

Mr. Breau: Mr. Chairman, on a question of privilege, because . . .

The Chairman: Privilege?

Mr. Breau: —my observations were distorted, I am sure unintentionally, by Mr. Epp. I specified that I was speaking on the procedural aspects of the motion. I did repeat twice that I shared the objective of having parliamentary examination to whatever a Minister does with regard to Clauses 14, 15, and 16. I addressed myself to the procedural aspects of this and showed, I believe, why it was not workable to achieve the objective of Mr. Blaikie—or the one just mentioned by Mr. Epp—through legislation at this point.

The Chairman: Mr. Breau, that is not privilege; that is still debate.

I will go to Mr. Allmand.

Mr. Allmand: As members have said, there are many examples in recent legislation where reports are required to be referred to Parliament. However, I do not know of any examples where they are required to be referred to a specific committee.

Mr. Epp and I were both on the the committee, as was Mr. Lachance, for the reform of the rules of the House of Commons. My understanding is that under the new rules that are provisionally in force, all reports that are referred to the House by statute are automatically referred to committee and the appropriate committee can take advantage of them. Mr. Epp did not seem to recognize that; I do not know whether he has forgotten that. It has been my understanding of the provisional new rules that all reports referred to the House by statute would automatically be referred to a committee. So if this committee wanted to, they could have these reports referred to Parliament and in turn they would be referred to the appropriate committee.

My disagreement with Mr. Blaikie is not on that point. I do not mind if the report is referred to Parliament for their consideration or to this committee; it is the follow-up in the amendments that goes into Clause 15, where the committee gets involved in administrative matters, in deciding to what extent the reduction of payments should be or if there should be any payment at all.

It seems to me that it is quite appropriate for Parliament and a parliamentary committee to be referred the report so they can examine it and make their recommendations and call witnesses. But involvement in the administration of the reduction of payment or the withholding of payment is an administrative matter that should be referred to the administration, to the executive of government; they are the ones that are in continual contact and negotiation with provincial Ministers, and Members of Parliament are not.

[Translation]

de trouver la meilleure façon de régler les problèmes qui se posent, plutôt que d'invoquer une excuse facile, en disant: eh bien, si l'amendement n'est pas bien rédigé, nous allons voter contre et voilà tout. Je ne suis pas d'avis que c'est ainsi que l'on pourra améliorer ce projet de loi.

M. Breau: Monsieur le président, j'aimerais soulever une question de privilège, parce que . . .

Le président: Une question de privilège?

M. Breau: . . . mes observations ont été déformées, involontairement, j'en suis sûr, par M. Epp. J'ai précisé que je parlais des aspects de la procédure de la motion. J'ai répété à deux reprises que j'appuyais l'objectif visant à procéder à un examen parlementaire des actions d'un ministre relativement aux articles 14, 15 et 16. J'ai parlé des aspects de la procédure de cette question et j'ai démontré, je crois, pourquoi il n'était pas possible d'atteindre l'objectif de M. Blaikie—ou celui que vient juste de mentionner M. Epp—par une mesure législative, à ce moment-ci.

Le président: Monsieur Breau, il ne s'agit pas d'une question de privilège; cette question fait partie du débat.

Monsieur Allmand, vous avez la parole.

M. Allmand: Comme l'ont dit d'autres membres du comité, il y a eu récemment de nombreux exemples où la loi exige que des rapports soient déposés au Parlement. Toutefois, je ne connais pas de cas précis où la loi exige qu'ils soient renvoyés à un comité précis.

M. Epp et moi-même avons siégé au comité, sur la réforme de la réglementation de la Chambre des communes, tout comme monsieur Lachance. Si j'ai bien compris, aux termes du nouveau règlement qui est provisoirement en vigueur, tous les rapports dont la loi exige le dépôt à la Chambre, sont renvoyés d'office au comité, au comité pertinent bien sûr. M. Epp ne semble pas avoir reconnu ce fait; je ne sais pas s'il l'a oublié. Le nouveau règlement provisoire exige que tous les rapports déposés à la Chambre des communes en vertu de la loi soient automatiquement renvoyés à un comité. Donc, si un comité le voulait, il pourrait faire déposer ces rapports au Parlement, qui, par la suite les renverrait au comité approprié.

Mais ce n'est pas sur ce point que je suis en désaccord avec monsieur Blaikie. Je n'ai pas d'objection à ce que les rapports soient déposés au Parlement ou renvoyés au comité pour étude; ce à quoi je m'oppose, c'est la disposition de l'article 15, où le comité doit s'occuper de questions administratives, en décidant par exemple quelle devrait être la réduction des versements ou même s'il devrait y en avoir.

A mon avis, il est tout à fait dans l'ordre qu'un rapport soit déposé au Parlement et qu'il soit étudié en comité parlementaire, que des témoins soient entendus et que le comité fasse des recommandations. Mais les questions administratives concernant la réduction ou la retenue des paiements devraient relever de l'administration, de l'exécutif du gouvernement; des personnes qui sont continuellement en contact et en négociation avec les ministres des provinces, et non des députés.

[Texte]

I have no objection that the report be referred to Parliament for examination by the committee and for their recommendation. But I would be opposed to the consequential amendment in Clause 15, which would give the committee the right to determine the exact amount of reduction and the withholding of all payments. I think you are getting out of the legislative responsibility of Parliament and into the administrative matters that relate to government administration.

The Chairman: Mr. Blaikie, again.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, first of all, with respect to the procedural arguments offered by Mr. Breau, as I indicated off the record and Mr. Epp indicated on the record, it is not just the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs that is not provided for in the Constitution. The Prime Minister might decide at any point not to have a Minister of Health, Welfare and Social Affairs; he might decide to make that a subcomponent of some other ministry. So the argument that the standing committee does not exist in the Constitution seems to me to be a rather flimsy ground on which to reject this amendment.

• 1045

If there is any validity at all in the procedural objection raised by Mr. Breau, having to do with the Minister technically not being able to refer a matter to a committee, that only the House can refer a matter to the committee, if that was a judgment shared by the committee, and the committee still wanted to go ahead with this particular process, I am sure my amendment could be amended accordingly in order to meet that particular error in the wording as it now stands; perhaps by saying that the Minister shall ask the House to refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs, or something like that.

In any case, either on these procedural grounds or on the grounds of precedence cited by other members that there is nothing like this at this point, fair enough, there may not be anything like this at this point, but that is no reason for us not to proceed; that is no reason for us not to break some new ground, if we can, in giving committees more of a say in important matters like this.

I welcome the support of my Conservative colleagues on this and hope the government might acquiesce and bring in a new day as far as the role of committees and the accountability of Ministers to the House of Commons and to committees is concerned.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

I have listened with interest to the discussion up to now. I would like to try to convince the committee that the first amendment . . . the others can be dealt with in due course . . . proposed by Mr. Blaikie to amend Clause 14 is redundant. We have alluded to that already by Mr. Allmand's comments, and

[Traduction]

Je n'ai pas d'objection à ce que le rapport soit déposé au Parlement pour qu'un comité en fasse l'examen et transmette ses recommandations. Mais je m'oppose à l'amendement qui découle de l'article 15, qui donnerait au comité le droit de déterminer le montant exact de la réduction et de la retenue de tous les versements. À mon avis, on s'éloigne ici de la responsabilité législative du Parlement et on s'engage dans les questions administratives qui relèvent de l'administration du gouvernement.

Le président: Monsieur Blaikie, vous avez de nouveau la parole.

M. Blaikie: Monsieur le président, tout d'abord, en ce qui concerne les arguments relatifs à la procédure mis de l'avant par monsieur Breau, comme je l'ai dit non officiellement, et comme monsieur Epp l'a dit officiellement, il ne s'agit pas seulement du fait que le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales ne soit pas prévu dans la Constitution. Le premier ministre peut décider en tout temps de se défaire du ministre de la Santé, et du Bien-être social, et de rattacher ses fonctions à un autre ministère. Donc, l'argument voulant que ce comité permanent n'existe dans la Constitution me semble plutôt une piètre excuse pour rejeter cet amendement.

S'il est vrai, d'une part, comme le maintient monsieur Breau, que le ministre n'est pas habilité à renvoyer, dans les faits, une question à un comité, et que ce privilège est réservé à la Chambre et en admettant, d'autre part, que le Comité soit également de cet avis, et qu'il souhaite appuyer le processus proposé, je suis certain qu'il serait possible de rectifier le libellé de mon amendement pour pallier aux problèmes qu'il suscite, en prévoyant, par exemple, que le ministre demande à la Chambre de renvoyer la question au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, ou quelque chose du genre.

Quoi qu'il en soit, qu'on se place du point de vue de la procédure en cause ou des jurisprudences invoquées par d'autres députés, voulant qu'il n'existe aucun précédent de cet ordre, il est peut-être vrai qu'une telle démarche n'a jamais été entreprise, mais cela ne devrait nullement nous empêcher d'innover, dans la mesure du possible, en accordant aux comités davantage de pouvoirs en ce qui concerne les questions de cette importance.

Je suis heureux que mes collègues conservateurs m'appuient sur ce point, et j'espère que le gouvernement retiendra ma proposition et acceptera de voir sous un nouveau jour le rôle des comités et la responsabilité des ministres face à la Chambre des communes et aux comités.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

J'ai suivi avec grand intérêt la discussion qui vient de se dérouler. Nous traiterons en temps voulu des autres propositions de monsieur Blaikie, mais en ce qui concerne son premier amendement portant sur l'article 14, j'aimerais pouvoir convaincre le Comité qu'il s'agit d'une simple répétition des

[Text]

also by Mr. Epp's. But I would like just to pinpoint the fact that subclause 14.(3), as it is now spelled out, makes it an obligation for the Minister, and the wording is: to lay before each House of Parliament a copy of the order made under this section.

Mr. Blaikie: Clause 15.

Mr. Lachance: Clause 15, yes.

One has to understand that Clauses 14 and 15 are the two components of the process by which the Minister at some point brings in a penalty system, so the two clauses have to be read together.

We refer to the fact that the orders of the House may be provisional, but I guess we can assume they will become permanent at some point. Let us hope so, anyway. Standing Order 46.(4) says, and I will read it for the record:

(4) Reports, returns or other papers laid before the House in accordance with an Act of Parliament . . .

—which is the case here . . .

. . . shall thereupon be deemed to have been permanently referred to the committee designated by the Member tabling the report, return or paper.

In other words, because of the fact that in the second section of Clause 15 proper there is an obligation made upon the Minister to table—to lay before the House, which is the wording of the Standing Order of the House—all those documents, information, etc., that are relevant to the penalty provision in the consultative process under those two clauses, automatically what Mr. Blaikie wants to achieve is done by the wording proper in the orders of the House of Commons.

I am very careful to pinpoint that I am only addressing that part. The other sections are something else, and that could be addressed in Clause 23; and it may be that Clause 23 could be better spelled out, and that is the obligation of the Minister to make a report to Parliament. But we will deal with that in due time.

But as far as Clauses 14 and 15 are concerned, I submit that the proposed amendment to make a reference to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs is covered specifically by the dual application of the obligation under Clause 15.(3) and Section 46.(4) of the Standing Orders of the House. For the sake of argument, again, I suppose it will become permanent, although there is the provision to this point in time.

• 1050

So, Mr. Chairman, I would suggest it could well be that the amendment can be received, but I submit that it does not need to be moved because it is redundant to what the clause provides already, albeit in a different wording. But it has the same effect. To be frank, how is it that the Minister could refer those papers to a committee other than the Health committee? It would just not be logical. Why would the

[Translation]

observations déjà formulées par MM. Allmand et Epp. Je me contenterai de souligner le fait que le paragraphe 14(3), sous sa forme actuelle, oblige le ministre, et je cite: «A faire déposer le texte du décret (pris en vertu du présent article) devant chaque chambre du Parlement».

M. Blaikie: Vous voulez dire l'article 15.

M. Lachance: Oui, l'article 15, en effet.

Il ne faut pas perdre de vue que les articles 14 et 15 jettent les fondements du processus qui permettrait au ministre d'instaurer, le cas échéant, un système de pénalisation; par conséquent, les deux articles doivent être lus conjointement.

Nous avons aussi tenu pour acquis que les décrets de la Chambre étaient provisoires; toutefois, nous pouvons présumer qu'ils deviendront permanents, ou du moins l'espérer. Conformément au paragraphe 46(4) du Règlement de la Chambre, et je cite:

(4) Les rapports, états ou autres documents déposés à la Chambre en conformité d'une loi du Parlement . . .

—comme dans le cas qui nous intéresse . . .

sont réputés renvoyés en permanence au Comité désigné par le député qui en fait le dépôt.

En d'autres termes, étant donné que l'article 15 comporte une disposition en vertu de laquelle le ministre est tenu de soumettre, ou plutôt de déposer à la Chambre, pour reprendre les termes du Règlement, tous les documents, renseignements, etc., intéressant le système de pénalisation prescrit dans le cadre du processus de consultation sur lequel porte ces deux articles, il va de soi que la proposition mise de l'avant par monsieur Blaikie a déjà été adoptée dans le Règlement même de la Chambre des communes.

Je voudrais préciser que je m'en tiens, pour l'instant, à cette seule disposition. Quant aux autres, nous aurons l'occasion d'en discuter lorsque nous procéderons à l'examen de l'article 23, qui pourrait sans doute être plus précis quant à l'obligation du ministre de faire rapport au Parlement. Mais nous en reparlerons en temps et lieu.

Revenons donc aux articles 14 et 15; je suis d'avis que l'objet de l'amendement proposé, c'est-à-dire le renvoi précis au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, est déjà couvert par l'application combinée des paragraphes 15(3) du projet de loi et 46(4) du Règlement de la Chambre des communes. Encore une fois, aux simples fins de l'argument, nous supposerons que ces dispositions deviendront permanentes bien qu'elles soient, à l'heure actuelle, considérées comme provisoires.

Monsieur le président, je maintiens donc que cet amendement, bien qu'il soit recevable, n'est pas nécessaire et qu'il ferait double emploi avec les dispositions existantes, en étant simplement formulé d'une autre façon. Le résultat est le même. En toute logique, comment le ministre pourrait-il renvoyer ces documents à un comité autre que celui de la Santé? Ce serait totalement illogique. Qu'est-ce qui pousserait

[Texte]

Minister refer it under Standing Order 46.(4) to the Miscellaneous Estimates committee, for instance? It does just not make sense, so it will necessarily be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. So that covers the point of wanting it to go to the Health committee.

Finally, on the argument that those committees may not be struck at some time, there is a proposal in the final report of the rules committee which has not yet been implemented. But I hope the spirit of it is still there, and I hope also that in the new Parliament that part will be implemented; that is, those committees have to be struck by a certain amount of time after the resumption of Parliament.

In any case, the amendment of Mr. Blaikie will not cover that anyway, because if the committee is not struck, it is not struck. So for all those reasons and because of the fact that we have those rules now, I would submit that the amendment is redundant and should not be moved at this time. Now, that is for Clause 15. I will deal in due time with the other amendments he wants to propose to the other clauses of the Bill.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would not want this amendment to be rejected on those grounds precisely because, first, I am not convinced by the argument of the Member, and second, because this is the beginning of a series of amendments which would put in place a process which I have outlined for the committee.

So when the committee is voting on this amendment, I think they are voting on the process I have suggested, and I do not accept the argument that the Standing Orders as they are written now necessarily do exactly what the amendment now on the floor provides for. Even if it did, I do not see any reason for not making explicit in this Bill the kind of process we want to be followed when the national Minister of Health and Welfare wants the conditions in any particular province *vis-à-vis* the principles of medicare to become the object of national attention and penalties to be considered.

So I would stand by the amendment, Mr. Chairman. But unless you want every single amendment to be moved, I would ask the committee to consider that, when they are voting on this, they are voting on the substance of the process and not these sometimes obscure and sometimes inadequate arguments being offered by Mr. Breau and Mr. Lachance as to the procedural advisability of these amendments.

The Chairman: I may say the Chair is allowing a mixed discussion on the procedure and on the merits because it may save time in the long run. It may turn out not to, but that is the reason we are doing it at the present time.

[Traduction]

le ministre, par exemple, à soumettre ces documents au Comité des prévisions budgétaires en général, conformément au paragraphe 46.(4) du Règlement? Ce genre de situation n'est guère susceptible de se produire, et la question serait naturellement renvoyée au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Cela règle donc la question du renvoi des documents au comité pertinent.

Enfin, en ce qui concerne l'argument selon lequel ces comités pourraient ne pas exister, le rapport final du Comité des règlements renferme à ce sujet une proposition qui n'a toutefois pas encore été appliquée. Cependant, j'ose espérer que le principe demeure, et que la nouvelle législature s'empressera de le mettre en oeuvre, car il ne faut pas oublier que ces comités doivent être fondés dans un certain délai suivant la convocation d'un nouveau Parlement.

Quoi qu'il en soit, l'amendement proposé par M. Blaikie ne résout pas cette question, puisque s'il arrivait que le Comité en question n'existe pas, nous resterions toujours sans recours. Par conséquent, à la lumière de toutes les raisons invoquées, et compte tenu des dispositions existantes, je sou mets que cet amendement est répétitif, et qu'il n'y a pas lieu de le présenter en l'occurrence. Voilà qui règle la question de l'article 15. Quant aux amendements portant sur les autres articles du projet de loi, j'y reviendrai en temps et lieu.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne voudrais pas que cet amendement soit rejeté pour les motifs invoqués, d'abord, parce que les arguments invoqués par le député ne m'ont pas convaincu, et ensuite parce que cet amendement s'inscrit dans une série de propositions visant à établir le processus que j'ai déjà décrit à l'intention du Comité.

Par conséquent, lorsque les membres du Comité se prononceront sur cet amendement, ils décideront par le fait même de l'ensemble du processus proposé, et je refuse d'accepter l'argument voulant que des dispositions du Règlement de la Chambre aient exactement la même portée que l'amendement à l'étude. Même si tel était le cas, je ne vois aucune raison qui nous empêche de préciser, dans le projet de loi, les démarches que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social doit entreprendre lorsqu'elle désire attirer l'attention de la nation sur les conditions imposées par une province donnée dans le cadre du système de l'assurance-maladie, et qu'elle envisage de sévir.

Je maintiens donc ma proposition d'amendement, monsieur le président. Par conséquent, à moins que vous ne teniez ce que chaque amendement soit soumis individuellement, je demanderais aux membres du Comité de ne pas oublier qu'en votant sur cette question, ils se prononcent sur l'essence même du processus, et non pas sur les arguments quelquefois obscurs et spéciaux qu'ont soulevés MM. Breau et Lachance quant à l'opportunité de ces amendements du point de vue de la procédure.

Le président: Je crois que, pour gagner du temps, il s'impose de permettre une discussion générale sur la forme et sur le contenu des propositions présentées. Evidemment, cette

[Text]

Mr. Lachance: A point of clarification, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: If I may, I only addressed myself to the first amendment because I had to in this case, because there is a specific reference in the Bill. I had to do it that way. This being said, I also said the other amendments could be dealt with through Clause 23, but I did not address that part. I had to make a distinction even though I did not speak on the principle itself because of the fact that there is a provision in the Bill in Clause 15, and that we cannot avoid. We can talk at length about it, but we cannot avoid the fact that there is in Clause 15 a reference to the fact that the Minister has to table something in the House of Commons. This is why it was done.

Mr. Blaikie: Just on that point, Mr. Chairman, because I intended to mention it and forgot, having the Minister simply table something in the House of Commons is not a particularly satisfying experience for Members of Parliament. I have seen plenty of things tabled in the House of Commons . . .

Mr. Lachance: It is automatic.

Mr. Blaikie: —and that is all they do. They just get tabled, period. There is no discussion. The Ministers are in the habit of not making any statements when they table anything in order to prevent anybody else from having anything else to say. They simply table it in the House of Commons and no opportunity is provided for debate or anything like that.

• 1055

So I do not think we should kid ourselves by suggesting that simple procedures provided for in other clauses of this Bill or provided for under the existing Standing Orders that information be tabled or the reports be tabled will provide the context for adequate debate. We know from experience they do not.

The Chairman: Mr. Breau again.

Mr. Breau: Mr. Chairman, if you are entertaining a discussion on both procedure and substance, my comments have to do with the procedure. I would like to have my opportunity to discuss the substance, but this is an unusual situation. How can you discuss the substance of something if it is not procedurally acceptable?

The Chairman: It may not be necessary to do that. I will come back to you in a minute.

Mr. Allmand.

[Translation]

économie de temps est peut-être illusoire, mais c'est la raison pour laquelle nous procédons ainsi pour l'instant.

M. Lachance: Un simple éclaircissement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Si vous me le permettez. Je m'en suis tenu au premier amendement, puisqu'il comporte un renvoi précis au projet de loi; je ne pouvais donc pas procéder autrement. Ceci dit, j'ai également mentionné que les autres amendements proposés pourraient être traités au moment de notre examen de l'article 23, mais je n'en ai pas parlé. Il me fallait établir cette distinction, même si elle ne portait pas sur le principe comme tel, puisqu'il existe indéniablement une disposition à cette fin à l'article 15 du projet de loi. Nous pourrions en discuter longuement, mais nous ne pouvons nier que l'article 15 comporte une référence à l'obligation du ministre de déposer un document à la Chambre des communes. C'est pourquoi j'ai dû soulever ce point.

M. Blaikie: Justement, monsieur le président, puisque j'avais l'intention de mentionner ce point mais que j'ai dû oublier, je ne crois pas que la simple obligation pour les ministres de déposer un document à la Chambre des communes se révèle particulièrement satisfaisante pour les députés. J'ai vu toutes sortes de documents déposés à la Chambre des communes . . .

M. Lachance: C'est un processus automatique.

M. Blaikie: . . . et les choses ne vont jamais plus loin. On se contente donc de les déposer, un point c'est tout. Aucune discussion ne s'ensuit. Les ministres ont pris l'habitude de s'abstenir de toute déclaration au moment du dépôt de documents, de manière à empêcher qui que ce soit de rétorquer. Ils se contentent de déposer des documents à la Chambre des communes, excluant ainsi toute possibilité de débat.

Par conséquent, je crois qu'il ne faudrait pas se laisser duper à croire que le simple fait de prescrire, dans d'autres articles du projet de loi ou en vertu des dispositions existantes du Règlement, le dépôt de rapports ou de documents ait pour résultat d'assurer un débat adéquat. Nous savons d'expérience qu'il en est pas ainsi.

Le président: Monsieur Breau, encore une fois.

M. Breau: Monsieur le président, puisque nous discutons simultanément du fond et de la forme des amendements proposés, je dois avouer que mes observations concernent essentiellement la procédure. J'aimerais pouvoir discuter de l'essence des propositions, mais il s'agit d'une situation pour le moins inhabituelle. Comment pouvons-nous discuter de l'essence d'une proposition qui n'est pas recevable du point de vue de la procédure?

Le président: Il n'est peut-être pas nécessaire de le faire. Je vous redonnerai la parole dans un instant.

Monsieur Allmand.

[Texte]

Mr. Allmand: Mr. Chairman, Mr. Blaikie has not answered, I do not think, the points raised by Mr. Lachance and myself, which are the following. Under the new rules the reports that must be tabled—that are already required to be tabled—are deemed to be referred to the appropriate committee. Therefore the committee is seized of them without any further obligation than the statute being required. So I am wondering why he insists on putting in the exact committee to which it would be referred when that is now handled by the rules.

The other thing is he says when a report is tabled there is no chance to discuss it in the House. Of course there is, under the opposition days. Any opposition party can decide to discuss an important report tabled in the House; even though it is going to be referred to committee—deemed to be referred—it can make that the subject-matter of a full day's debate.

But on the other point, under the new rules . . . and he was a member of the committee on the new rules . . . I am wondering why he insists on this additional requirement of reference when it is already in the rules.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, do you think I may answer that?

The Chairman: Yes, please.

Mr. Blaikie: This, as I said a number of times, is not just to provide either the committee or Parliament with an opportunity to discuss what the Minister is going to do on her own. This is the beginning of a number of amendments which would make the committee and the House part of the process by which it was decided, first, whether there would be a penalty against a particular province, and secondly, what that penalty would be. So you may not like that. Fine. If you do not like it, tough. But that is what this amendment is about.

Mr. Chairman, it may be the case that what the Hon. Member suggests is true. I am not convinced that it is true. But let us imagine for a minute that it is true. That still will not do what I have in mind here. Just to have the committee able to discuss the matter is not what I have in mind. I have in mind a much more central role for the committee.

Mr. Allmand: Which is your amendment on Clause 15?

The Chairman: Order, please. The Chair proposes to make a ruling on this at the present moment.

Unfortunately, it seems to the Chair the proposed amendment is incomplete, as it does not provide how the Minister shall refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. There is no procedural mechanism for how the Minister refers such a matter to a committee. The proposal does not fall within the ambit of Standing Order 46(4), as it does not require a report to be tabled in the House.

[Traduction]

M. Allmand: Monsieur le président, je ne crois pas que M. Blaikie ait répondu aux points que nous avons soulevés, M. Lachance et moi-même, et qui disaient ceci: en vertu des nouvelles dispositions, les rapports qui doivent être déposés sont réputés renvoyer au comité pertinent. Par conséquent, le comité s'en trouve saisi d'office du simple fait que le veut la loi. Je me demande donc pourquoi M. Blaikie insiste pour que soit précisé le nom exact du comité intéressé, puisqu'il existe déjà une disposition à cette fin.

Il a par ailleurs soulevé un autre point à savoir qu'au moment du dépôt d'un rapport, il n'y a aucune possibilité de débat à la Chambre. Pourtant il fait erreur; toute question peut être débattue pendant les jours réservés à l'opposition. N'importe quel parti d'opposition peut discuter d'un important rapport déposé devant la Chambre, même si la question doit être renvoyée à un comité, ou qu'elle est réputée renvoyée, une journée entière de débat peut y être consacrée.

Par contre, compte tenu des nouvelles dispositions, je me demande pourquoi. M. Blaikie qui était membre du comité chargé de les étudier, insiste tant sur cette exigence supplémentaire concernant le renvoi des documents, qui se trouve déjà assurée.

M. Blaikie: Monsieur le président, me permettez-vous de répondre à cette question?

Le président: Je vous en prie.

M. Blaikie: Comme je l'ai déjà mentionné à plusieurs reprises, cette exigence n'a pas uniquement pour objet de fournir au Comité ou au Parlement l'occasion de discuter des mesures que le ministre entend appliquer à sa discrétion. Il s'agit du premier d'une série d'amendements qui aurait pour effet d'assurer la participation du comité et de la Chambre au processus visant à déterminer, dans un premier temps, s'il y a lieu de sévir contre une province donnée et de déterminer, dans un deuxième temps, la nature de la sanction à appliquer. Peut-être que ces dispositions ne vous plaisent pas. Soit. Eh bien tant pis! C'est là ce que cet amendement signifie dans la pratique.

Monsieur le président, il se peut que les allégations de mon collègue soit justifiées. Je n'en suis pas toutefois convaincu. Mais imaginons pendant un instant qu'il en soit ainsi. Le fait que le Comité soit simplement habilité à discuter de la question ne me satisfait pas entièrement; à mon avis, on devrait lui confier un rôle beaucoup plus central.

M. Allmand: En quoi consiste votre amendement relatif à l'article 15?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. La présidence souhaite maintenant rendre un jugement sur ce point.

Malheureusement, il semble à la présidence que l'amendement proposé est incomplet, en ce sens qu'il n'explique pas comment le ministre doit renvoyer la question au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Il ne pose, à cet égard, aucune marche à suivre établie. La proposition ne tombe pas sous le coup du paragraphe 46(4) du Règlement, puisqu'elle ne concerne pas le dépôt d'un rapport devant la Chambre.

[Text]

Unfortunately the committee and the Chair cannot be expected to draft amendments or to make them in order for members of the committee. I therefore regret that I have to rule the amendment out of order, in accordance with citation 773.(4)(a) of Beauchesne's Fifth Edition, as being incomplete. But I might call Mr. Blaikie's attention, and the attention of members in general, that of course he is not foreclosed from revising an amendment and putting it at report stage to the House of Commons itself for ruling by the Speaker and his staff. But at the present time it does appear to the chairman, without any doubt at all, that the way the present amendment is drafted it is incomplete and does not fit within the requirements of the Standing Orders.

• 1100

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Am I able to move another amendment in this regard, this one having been rejected by the chairman, which might have more of a chance of being regarded as in order?

The Chairman: Yes, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: I would move then, Mr. Chairman, that Clause 14 be amended by changing line 32 in Clause 14 to read:

... considers reasonable, the Minister shall ask ...

And striking out line 33 and replacing it thus:

... the House to refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

Then this would get over the objection that it is not the Minister but the House that refers the matter to the committee.

The Chairman: Could the table have something in writing from you, Mr. Blaikie, on that point, please?

Mr. Blaikie: Not yet they cannot.

The Chairman: Well, could we have something soon? Mr. Lachance, in the meantime.

Mr. Lachance: I do not have the citation. I tried to find it just now but could not. But I do recall that there has been expressed in the past by the Speaker of the House—and I think it was Speaker Jerome but it could have been Speaker Sauvé, I just do not know, but maybe that could be checked out by the clerk—that any legislative indication of a referral to a specific committee would not be considered proper because it would actually dictate to the House how it should conduct its business. In other words, it is perfectly in order for legislation to ask for any Minister or the government to refer something to the House, to Parliament. That is perfectly proper. But in legislation, to go one step further and to oblige a Minister and the House to do something which is under the purview of the internal working of the House—that is to say, referral to a specific committee—would be deemed to be overlapping the responsibility of the House.

So I would submit that this new amendment is also out of order because it is an indication to the House of how it shall conduct its business. The only way an amendment of that

[Translation]

Malheureusement, on ne peut exiger du Comité ni de la présidence qu'ils élaborent ou qu'ils redressent un amendement pour un membre du Comité. Par conséquent, je me vois dans l'obligation de rejeter l'amendement comme incomplet, aux termes du commentaire 773.(4) (a) de la cinquième édition de Beauchesne. En revanche, je tiens à signaler, à l'intention des députés en général et de M. Blaikie en particulier, que ce dernier peut évidemment réviser son amendement et le soumettre à l'étape du président et de son personnel. A l'heure actuelle, toutefois, le président du comité est d'avis que l'amendement, sous sa forme actuelle, est manifestement incomplet et qu'il ne répond pas aux exigences posées par le Règlement de la Chambre.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Puisque cet amendement a été rejeté par le président, est-ce que je peux en proposer un autre qui aurait plus de chances d'être recevable?

Le président: Certainement, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je propose alors, monsieur le président, d'amender l'article 14 en substituant aux mots:

«renvoie l'affaire au gouverneur en conseil»

des lignes 30 et 31 les mots suivants:

«demande à la Chambre de renvoyer l'affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales».

Cette formulation permettrait de passer outre à la difficulté qui se pose si c'est le ministre et non la Chambre qui renvoie l'affaire au Comité.

Le président: Pourrions-nous avoir cela par écrit, monsieur Blaikie, s'il vous plaît?

M. Blaikie: Pas tout de suite.

Le président: Alors bientôt? En attendant, écoutons M. Lachance.

M. Lachance: Je n'ai pas la citation en main. J'essaie justement de la trouver mais je n'y arrive pas. Néanmoins, je me souviens très bien qu'un ancien orateur de la Chambre—je pense que c'était M. Jerome mais cela aurait pu être M^{me} Sauvé, je n'en suis pas certain, le greffier pourrait vérifier—avait statué qu'un texte de loi ne pouvait renvoyer une question à un comité particulier parce que cela reviendrait à dicter à la Chambre la façon de mener ses travaux. En d'autres termes, la loi peut parfaitement demander à un ministre ou au gouvernement de renvoyer une question à la Chambre ou au Parlement, pas de problème là-dessus, mais elle ne peut aller plus loin et obliger un ministre et la Chambre à faire un geste qui relève de la compétence interne de la Chambre, à savoir renvoyer une question à un comité plénier. Cela serait considéré comme un empiètement sur les attributions de la Chambre.

Par conséquent, j'estime que ce nouvel amendement est irrecevable parce qu'il indique à la Chambre la façon de mener ses travaux. Pour qu'un amendement de cette nature soit

[*Texte*]

nature can be in order, for a specific obligation to do something, is to ask the Minister to refer something to the House. And then the House is master of its own business. So I would submit that this new amendment is also out of order for the same reason—not for the same reason, but for a similar reason that the previous one was out of order.

Mr. Blaikie: Could I answer that, Mr. Chairman?

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Could I ask Mr. Lachance in his wisdom to tell us how this amendment might be worded so that it would be...

Mr. Lachance: It is not for me to draft the amendment.

Mr. Breau: He is not the honorary officer of the House.

Mr. Lachance: It is not for me to draft the amendment for Mr. Blaikie, but I just said it. I said that the only way I see it to be acceptable is for an obligation to be put to the Minister to refer the matter to the House, to Parliament.

Mr. Breau: Which is already done in Clause 23. All of this is in Clause 23. Mr. Chairman...

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: I said earlier that it was difficult to speak on the substance of something before it is procedurally accepted, but you have accepted...

The Chairman: Order, order, please! May I say that it is difficult for the Chair to proceed without having the different amendments before it. I understand the problem of the member and I sympathize with that, but I think we will have to have something in writing before us before we can proceed very far.

Moved by Mr. Blaikie, that Clause 14.(1)(b) be amended by striking out lines 32 and 33 and by substituting the following therefor:

... considers reasonable, the Minister shall ask that the House of Commons refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

• 1105

Mr. Breau: Where is the definition of a standing committee in this Bill? It does not exist in this Bill.

Mr. Blaikie: We will come to that later.

Mr. Breau: So you want me to help you with your amendment again?

Mr. Blaikie: No, no. I said that is what Clause 2 is about. We have not defined anything yet...

Mr. Breau: Is it defined in Clause 2?

[*Traduction*]

correct, en ce qui concerne une obligation précise de faire un geste, la seule façon est de le formuler de façon qu'il demande au ministre de renvoyer l'affaire à la Chambre, ce qui respecte le principe voulant que la Chambre soit souveraine dans ses propres affaires. Par conséquent, j'estime que ce nouvel amendement est tout aussi irrecevable pour la même raison—pas tout à fait la même raison, mais une raison semblable à celle qui rendait irrecevable l'autre amendement.

M. Blaikie: Puis-je répondre à cette question, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Est-ce que je pourrais demander à M. Lachance de nous dire, du haut de sa grande sagesse, de quelle façon il faudrait libeller cet amendement pour qu'il soit...

M. Lachance: Ce n'est pas à moi de rédiger l'amendement.

M. Breau: Après tout je ne suis pas conseiller honoraire.

M. Lachance: Ce n'est pas à moi de rédiger l'amendement pour M. Blaikie, mais je viens juste de dire ce qu'il fallait faire. J'ai dit que la seule façon de rendre un amendement acceptable en ce qui concerne une obligation est de dire que le ministre doit renvoyer l'affaire à la Chambre, au Parlement.

M. Breau: Ce qui est déjà dit à l'article 23. Tout cela est compris dans l'article 23. Monsieur le président...

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: J'ai déjà dit qu'il était difficile à discourir sur la substance d'une affaire avant qu'elle ne soit acceptée en bonne et due forme, mais vous avez accepté.

Le président: A l'ordre, s'il vous plaît! Je rappelle qu'il est difficile pour la présidence de poursuivre la discussion sur les amendements sans les avoir devant elle. Je comprends le problème du député et je sympathise avec lui, mais j'estime que nous devons obtenir l'amendement par écrit avant d'aller plus loin.

Il est proposé par M. Blaikie que l'alinéa 14.(1)(b) soit modifié par le remplacement des mots «renvoie l'affaire au gouverneur en conseil», aux lignes 30 et 31, par les mots suivants:

«demande à la Chambre des communes de renvoyer l'affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales.»

M. Breau: Quelle est la définition d'un comité permanent dans un projet de loi? On n'en sait rien.

M. Blaikie: Nous verrons cela plus tard.

M. Breau: Vous voulez que je vous aide encore avec votre amendement?

M. Blaikie: Non, non. J'ai dit ce que je pensais de l'article 2. Nous n'avons encore rien défini...

M. Breau: Est-ce défini à l'article 2?

[Text]

Mr. Blaikie: —because we do not know what we want to define. If you do not know what the standing committee is you have a big problem.

Mr. Breau: I know what the standing committee is. Do you know what the Constitution is?

Mr. Blaikie: Do you want me to paint you a picture?

Mr. Breau: Yes.

The Chairman: There still seems to be some problem with this new wording, but I think it might be the intention of the committee to perhaps let it go to a vote and see what happens. We are not supposed to amend the members' amendments, but the clerk says "The Minister shall ask the House of Commons to refer the matter to the Standing Committee . . ." might be a bit better wording. There may still be some problems with the actual procedure, but . . .

Mr. Breau: Mr. Chairman . . .

Mr. Epp: Mr. Chairman, I do not want to delay the committee, because I feel this debate has gone on long enough.

The Chairman: I hear you, Mr. Breau.

Mr. Epp: There is a problem, with all respect, sir, when you say let us have a vote on it but you have questions about its being procedurally acceptable. I do not know what Mr. Blaikie's intention is, but if he intends to move it at report stage, while the House obviously has its own independent officers—we kind of get into a never never land at that stage as well, because then the argument becomes, was it acceptable in committee or was it not. Obviously, some can say it was, others can say, we still had a vote on it, so it was acceptable. I find that a very difficult atmosphere in which to operate, quite apart from the merits of it.

The Chairman: Mr. Epp, it is difficult, but if I let it go to a vote on the merits, it means that I will be accepting it. That is the situation.

Mr. Epp: Okay, fair enough.

The Chairman: I will go to Mr. Breau now.

Mr. Breau: Mr. Chairman, I feel the suggestion you made, that it can be moved at report stage of the House, while it can lead to confusion, is still fair to a member because it is, in a sense, an appeal to the House itself and to the Speaker about a procedure. So it is a safety net and the Speaker has the final word. I think that procedure, while it may lead to confusion, is very clear as an appeal procedure to a member who feels aggrieved, because here in the committee the majority could overrule the Chairman, in the House you cannot.

But on the objective that Mr. Blaikie wants to achieve, Mr. Chairman, clearly in Clause 23 at page 12 of the Bill, all of what he wants to achieve is there. The Minister—which is

[Translation]

M. Blaikie: . . . parce que nous ne savons pas ce que nous voulons définir. Si vous ne savez pas ce qu'est un comité permanent, vous avez un gros problème.

M. Breau: Je sais ce qu'est un comité permanent. Savez-vous ce qu'est la constitution?

M. Blaikie: Voulez-vous que je vous fasse un dessin?

M. Breau: Oui.

Le président: Il semble y avoir encore quelques difficultés concernant cette nouvelle formulation, mais je crois que le comité voudrait peut-être passer au vote et voir ce qu'il adviendra. Nous ne sommes pas censés amender les amendements des députés, mais le greffier dit que la formulation suivante: «le ministre demande à la Chambre des communes de renvoyer l'affaire au comité permanent . . . » serait un peu meilleure. Le problème de procédure n'est peut-être pas tout à fait réglé, mais . . .

M. Breau: Monsieur le président . . .

M. Epp: Monsieur le président, je ne veux pas retarder le comité, mais je crois que ce débat a assez duré.

Le président: Compris, monsieur Breau.

M. Epp: Sauf votre respect, monsieur, il y a un problème lorsque vous nous demandez de voter sur un amendement sans être certain qu'il est acceptable du point de vue de la procédure. Je ne connais par les intentions de M. Blaikie, mais s'il veut proposer cet amendement à l'étape du rapport, lorsque la Chambre aura évidemment ses propres mandataires indépendants—nous pourrions tomber dans une impasse à cette étape parce qu'eux se demanderont si cet amendement était acceptable en comité ou s'il ne l'était pas. Manifestement, certains diront que oui, d'autres diront non, nous avons voté, donc il était acceptable. Indépendamment des mérites de cet amendement, j'estime qu'il est très difficile de travailler dans une telle atmosphère.

Le président: Monsieur Epp, c'est difficile, mais si j'autorise le vote sur le fond, cela veut dire que j'accepte l'amendement comme étant recevable. Voilà la situation.

M. Epp: D'accord, ça va.

Le président: Je passe maintenant la parole à M. Breau.

M. Breau: Monsieur le président, j'estime que la suggestion que vous avez faite, à savoir de proposer l'amendement à l'étape du rapport à la Chambre, si elle peut entraîner une certaine confusion, n'en demeure pas moins légitime pour les membres du comité parce qu'elle constitue, dans un certain sens, un appel à la Chambre elle-même et à son président en ce qui concerne une procédure. Elle représente donc un mécanisme de sécurité et c'est le Président qui a le dernier mot. J'estime que cette procédure, même si elle est susceptible d'entraîner une certaine confusion, est très claire comme procédure d'appel pour un député qui s'estime lésé, parce que dans un comité, contrairement à la Chambre, la majorité peut renverser une décision du Président.

Mais en ce qui concerne l'objectif visé par M. Blaikie, monsieur le Président, il est clair, selon l'article 23 de la page 12 du projet de loi, que tout ce qu'il veut atteindre est là. Le

[Texte]

defined, by the way, in the Government Organization Act and in this Bill . . . shall:

. . . make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act . . .

So everything Mr. Blaikie wants to achieve is in Clause 23. And if I continue:

. . . for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

That is as far as legislation can go, to force the Minister to table something in the House, in both Houses of Parliament in this case. The House is supreme and sovereign after that. There is no way that through legislation we can dictate to the House of Commons or to the Senate in this case what it should do and how it should operate. When you start referring in legislation to a standing committee, one would have to have a clause of the Bill to constitute a standing committee, because those standing committees are not set up by legislation or by the Constitution. They are set up by a mere resolution of the House of Commons in the Standing Orders. They can be wiped out by a simple resolution of the House of Commons in a day, the names of the committees can be changed.

Mr. Blaikie refers to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs for these matters. What happens if next year the House of Commons sets up a federal-provincial affairs committee and decides to send everything that relates to federal-provincial relations to that committee? It would mean that according to this Bill we could not send these reports to that committee. So I share Mr. Blaikie's concerns and objectives, but I would urge him to try to—as traditional and as inadequate he finds the traditions around here . . . consider their value, to read again Clause 23 and realize that what he is trying to accomplish is already provided for in Clause 23. If he wants to amend Clause 23, then he can try to amend it, but he does not have to do that in Clauses 14, 15 or 16. Even in Clause 15, as Mr. Lachance has so ably pointed out, even there the Minister again is specified to lay before the House anything that refers to Clause 14.

• 1110

The Chairman: Well, members of the committee, it is my intention procedurally to say that the amendment by Mr. Blaikie is in order, and to let the discussion go on to the merits, because we have had a lot of mixed discussion on the merits already. Is there any more discussion on the merits of the amendment? Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I know you have ruled. May I ask that you perhaps ask your clerk to check with the citation I just gave.

[Traduction]

ministre—qui est défini, en passant, dans la Loi organique de 1983 et dans ce projet de loi—le ministre, donc:

. . . établit . . . un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, indiquant notamment dans quelle mesure les régimes provinciaux d'assurance-santé ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; . . .

Par conséquent, tout ce que M. Blaikie veut obtenir se trouve à l'article 23. Si je continue:

. . . le ministre fait déposer le rapport devant chaque Chambre du parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

C'est le plus loin que peut aller la loi, forcer le Ministre à déposer un document à la Chambre, dans les deux Chambres du Parlement dans ce cas-ci. Après cela, la Chambre est souveraine. Il n'y a aucun moyen de dicter à la Chambre des communes, ou au Sénat dans ce cas-ci, par voie législative, ce qu'il doit faire et de quelle façon il doit fonctionner. Lorsque, dans une loi, vous voulez faire un renvoi à un comité permanent, il faut qu'il y ait, dans le projet de loi, un article constituant un comité permanent, puisque les comités permanents ne sont pas établis par la législation ni par la constitution. Ils sont mis sur pied par une simple résolution de la Chambre des communes, prévue par le Règlement. Ils doivent être dissous, ou les noms peuvent être changés, en une journée par une simple résolution de la Chambre.

M. Blaikie fait allusion ici au comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Que se passerait-il si, l'an prochain, la Chambre des communes établissait un comité des Affaires fédérales-provinciales et décidait de lui renvoyer toutes les affaires qui concernent les relations fédérales-provinciales? Selon ce projet de loi, cela voudrait dire que nous ne pourrions expédier ces rapports à ce Comité. Par conséquent, je partage les préoccupations et les objectifs de M. Blaikie, mais je l'exhorte à essayer d'examiner leur valeur, quelque traditionnelles et inadéquates que soient selon lui les traditions d'ici—et de relire l'article 23 pour se rendre compte que ce qu'il essaie d'accomplir est déjà prévu dans cette disposition. S'il tient à modifier l'article 23, il peut essayer d'y apporter un amendement, mais il n'a pas à le faire aux articles 14, 15 ou 16. Même à l'article 15, comme M. Lachance l'a fort pertinemment signalé, même là, le ministre est encore forcé de renvoyer à la Chambre tout ce qui touche à l'article 14.

Le président: Eh bien, messieurs les membres du Comité, j'ai l'intention de considérer comme recevable l'amendement de M. Blaikie et de poursuivre la discussion sur le fond du projet de loi, puisque nous avons déjà abordé cet aspect. Y a-t-il d'autres intervenants sur le fond? Monsieur Lachance.

M. Lachance: Même si vous avez rendu votre décision, pourriez-vous demander à votre greffier de vérifier la citation que je viens juste de donner?

[Text]

The Chairman: I have talked to the clerk about it, Mr. Lachance.. There may be something, as you refer to, in previous speakers or rulings, but he has been unable to find it at the moment. I have made my decision that the amendment is in order, and we will go to the merits; we will go to the question.

Mr. Lachance: Can I ask, Mr. Chairman, what amendment now, because there was a suggestion that it should be changed?

The Chairman: Yes. The amendment is that Clause 14.(1)(b) be amended by striking out lines 32 and 33 and by substituting the following:

... considers reasonable, the Minister shall ask the House of Commons to refer the matter to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

Mr. Lachance: I still feel very strongly about the fact that no legislation whatsoever shall dictate to the House of Commons what it shall do in the future. It is not on the merit of it, and I do understand the reason why you have decided to let the discussion go ahead, but on purely procedural grounds I am afraid I have to move that your decision shall be appealed to the committee as far as this amendment is concerned.

The Chairman: That is a non-debatable motion. They are appealing the decision of the Chair. The question is: Shall the ruling be sustained?

Motion negated.

The Chairman: The ruling of the Chair is defeated. The committee has decided the amendment is not in order. We will proceed to the next amendment.

Mr. Lachance: We voted on that one, Mr. Chairman; this very one; this first one, not all of them, of course.

The Chairman: All right. Is there a further amendment to Clause 14?

Mr. MacLellan: Excuse me, Mr. Chairman. We voted on the (a) part of the motion but we did not on the (b) part.

The Chairman: That is right.

Mr. Breau: We have not voted on anything substantively.

The Chairman: We did vote on part (a) of the government amendment G-17. We did not vote on part (b) of that amendment because we deferred that to get Mr. Blaikie's amendment.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, I just want to make it known to you, sir, that having lost the confidence of the government members on this committee... We want to make it plain on this side of the committee that we still have confidence in the chairman.

An Hon. Member: Hear! Hear!

[Translation]

Le président: J'en ai parlé au greffier, monsieur Lachance. Comme vous le dites, il y a peut-être quelque chose à ce sujet dans les décisions des anciens orateurs, mais il ne l'a pas encore trouvé. J'ai statué que l'amendement était recevable, passons donc à la substance du projet de loi.

M. Lachance: Monsieur le président, puis-je demander quel amendement nous allons étudier maintenant, puisqu'on a dit qu'il fallait le remplacer.

Le président: Oui, il s'agit d'amender l'alinéa 14.(1)b) en substituant aux mots «renvoie l'affaire au gouverneur en conseil» des lignes 30 et 31 par les mots suivants:

... demande à la Chambre de renvoyer l'affaire au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

M. Lachance: Je dis et maintiens qu'aucune loi ne doit dicter à la Chambre des communes ce qu'elle doit faire à l'avenir. Ce n'est pas sur le fond de la question que j'en ai, et je comprends bien la raison pour laquelle vous avez décidé de laisser la discussion se poursuivre, mais pour des questions uniquement de procédure, je crains d'être obligé de proposer que votre décision relative à cet amendement soit portée en appel devant le Comité.

Le président: Il s'agit d'une motion non susceptible de débat. Ils en appellent de la décision de la présidence. La question est celle-ci: la décision doit-elle être maintenue?

Motion rejetée.

Le président: La décision du président est défaite. Le Comité a statué que l'amendement est irrecevable. Nous allons passer au prochain amendement.

M. Lachance: Nous avons voté sur celui-ci, monsieur le président; uniquement celui-ci, pas tous les autres, évidemment.

Le président: Fort bien. Y a-t-il un autre amendement à l'article 14?

M. MacLellan: Excusez-moi, monsieur le président. Nous avons voté sur la partie a) de la motion mais pas sur la partie b).

Le président: Exact.

M. Breau: Nous n'avons pas voté sur la substance de quoi que ce soit.

Le président: Oui, nous avons voté sur la partie a) de l'amendement G-17 du gouvernement. Nous n'avons pas voté sur la partie b) puisque nous en avons différé le vote pour étudier l'amendement de M. Blaikie.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, je veux simplement vous faire savoir que vous avez perdu la confiance des députés du gouvernement au sein de ce Comité... Quant à nous, de ce côté-ci du Comité, il est clair que nous avons toujours confiance au président.

Une voix: Bravo!

[Texte]

The Chairman: I do not consider it a confidence matter at all, Miss MacDonald, and I do not take it that way whatever. The committee rules are clear as to any members being able to make such a motion and it is up to me to decide . . .

Mr. Lachance: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Lachance.

• 1115

Mr. Lachance: I do resent the last comments by Miss MacDonald. I am, myself, a chairman of a committee of this House of Commons and I was very careful in saying that it was purely on personal and procedural grounds that I had some difficulty with the ruling. The rules, as the chairman has just said, are very clear that this can be done. That has nothing to do with confidence, and we have a lot of confidence in our chairman. I would like to re-affirm that, and I resent her comments in this regard.

Mr. Breau: Mr. Chairman, on the same point of order.

The Chairman: Well, Mr. Epp first.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I just want you to know where the committee stands now.

An Hon. Member: We all do.

Mr. Epp: What I am referring to, Mr. Chairman, are the NDP amendments.

If you recall the discussion on the proposed amendments, while not dealing with all the NDP proposed amendments, there was a consequential discussion, if I can put it that way, because the proposed amendments were, in a sense, if not the same, at least of a similar nature. Am I to take it that with that vote that has just been taken, namely that the proposed amendment is in fact out of order, we are dealing only with that amendment and the others have as yet not been adjudicated by either the Chair or this committee? Am I clear on that?

The Chairman: I think while Mr. Blaikie did indicate that they were related, I think he will have the opportunity of moving each one and will make a decision on each one as we go along, Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: The member will have a chance to change his mind on some, or re-phrase wording, or that sort of thing. Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, I just want to put on the record that I have total confidence in you as chairman. You have been a very competent, fair and objective chairman. I think Miss MacDonald, once again, has tried to make a cheap political point. If she wanted the members to be identified as to how they voted in the committee, she should know, having been here some 11 and a half years, that the way to do it is to call for a roll call of members to identify themselves. When the committee has not voted that way, the record does not show

[Traduction]

Le président: Je ne vois pas du tout cela comme une question de confiance, mais pas du tout, mademoiselle MacDonald. Les règles du Comité sont claires: tout membre est habilité à présenter une motion et c'est à moi de décider.

M. Lachance: Question de Règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Je m'élève contre les dernières remarques de M^{lle} MacDonald. Je suis moi-même président d'un comité de la Chambre, et c'est avec beaucoup de prudence que j'ai affirmé que c'était purement pour des raisons personnelles et de procédure que j'avais des réticences au sujet de la décision. Le Règlement, comme le président vient de le dire, indique bien clairement que cela peut se faire. Cela n'a aucun rapport avec la question de confiance, et nous avons pleinement confiance en notre président. Je tenais à le répéter et les remarques de M^{lle} MacDonald à ce sujet m'offusquent.

M. Breau: Monsieur le président, j'aimerais ajouter quelque chose sur le même sujet.

Le président: Je céderai d'abord la parole à M. Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je veux simplement vous faire savoir quelle est la position du Comité maintenant.

Une voix: Nous le voulons tous.

M. Epp: Je fais allusion, monsieur le président, aux amendements du N.P.D.

La discussion à ce sujet, même si elle n'a pas porté sur tous les amendements proposés par le N.P.D., en a été suivi d'une autre parce qu'ils étaient, dans un sens, de nature sinon identique, du moins de similaire. Dois-je comprendre que le vote qui vient d'être pris, pour déterminer si l'amendement proposé est bien irrécusable, ne vise que cet amendement et que ni le président ni le Comité ne s'est encore prononcé au sujet des autres? Me suis-je bien fait comprendre?

Le président: Je crois qu'en même temps si M. Blaikie a indiqué qu'il existait un rapport entre les amendements, il aura l'occasion de les proposer un par un, et une décision sera prise sur chacun, monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: Le député aura la possibilité, entre autres, de réviser sa position au sujet de certains ou de les reformuler, monsieur Breau.

M. Breau: Monsieur le président, je tiens simplement à préciser que je vous fais entièrement confiance comme président. Vous êtes un président très compétent, juste et objectif. Encore une fois, j'estime que M^{lle} MacDonald a tenté de recourir à un argument politique facile. Si elle voulait que les députés soient identifiés d'après leur vote, elle devrait savoir, après quelque 11 ans et demi parmi nous, qu'il suffit alors de procéder à l'appel nominal des députés. Comme le Comité n'a pas adopté ce mode de scrutin, rien n'indique qui a

[Text]

who has voted for or against a resolution. By introducing this specious argument, as she just did, I think she has reflected on the chairman herself.

Mr. Epp: Do you want a roll call?

Mr. Breau: Mr. Chairman, it is a well-known procedure that when a chairman has a procedural question before him in committee, if he is in doubt at all, he takes a position, although not following the same procedures as the Speaker in the House of Commons because the judgment of the committee is final in the committee. In the House of Commons you cannot appeal a decision of the Chair, you can only move a substantive motion, which is really to replace the Speaker. That is not the case at all in a committee. It used to be before, 15 years ago, that in the House of Commons you could appeal a ruling of the Speaker, and the Speakers did not resign or were not reflected upon with regard to their competence or the confidence of the House. I just want to put on the record, Mr. Chairman, that the vote of the committee on the acceptability of that proposed amendment has nothing to do with your competence or with the confidence you have in this committee.

The Chairman: Thank you, Mr. Breau. I may say again that I have no concern. I am in the hands of the committee at all times, including their votes on any rulings that I have to give from time to time. I have no concern about that whatsoever. The committee can do what they think best, and that is what the committee should be doing. I do not take any personal offence from it whatsoever.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Mr. Chairman, Mr. Breau had made the point that there had not been a recorded vote called for. Sir, I just want to indicate that I am satisfied that today's record will show, from the many interventions Mr. Breau has made, that he was here and voted against the ruling of the chairman.

Mr. Breau: No, the record does not show that.

Mr. Epp: You did not do it, did you?

Mr. Breau: Right. The record will not show that. And the record does not show how you voted either.

The Chairman: Order, please. Mr. Beau, we cannot now reflect on votes the committee has taken. We will carry on.

Mr. Breau: Neither did Mr. Blaikie.

The Chairman: Mr. Epp was asking where are we in the committee, and we are at paragraph (b) of the proposed amendment moved by the parliamentary secretary, and that is the proposed amendment G-17. Are the members ready for the question?

Amendment paragraph (b) agreed to.

[Translation]

voté pour ou contre une résolution. Je pense que l'argument spécieux que M^{lle} MacDonald a présenté porte atteinte à la réputation du président.

M. Epp: Voulez-vous que nous procédions à l'appel nominal?

M. Breau: Monsieur le président, d'habitude, quand le président d'un comité doit trancher une question de procédure à propos de laquelle il a le moindre doute, il prend position, sans nécessairement suivre celle du Président de la Chambre des communes, parce que la décision du Comité est définitive en comité. À la Chambre, il est interdit d'en appeler d'une décision de la présidence; on peut seulement proposer une motion de fond, c'est-à-dire proposer de remplacer le Président. Ce n'est pas du tout le cas en comité. Il y a 15 ans, on pouvait en appeler d'une décision du Président de la Chambre, et le Président ne démissionnait pas ou n'était pas discrédité, c'est-à-dire que sa compétence n'était pas remise en question ni la confiance de la Chambre à son endroit. Je tiens simplement à préciser, monsieur le président, que le vote du Comité au sujet de l'amendement proposé n'a aucun rapport avec votre compétence ou notre confiance à votre égard.

Le président: Merci, monsieur Breau. Je répète que je n'en suis pas inquiet. Je m'en remets toujours au Comité, y compris pour les votes sur les décisions qui m'arrivent d'avoir à prendre. Je ne suis pas du tout inquiet. Le Comité doit faire comme bon lui semble, selon son mandat. Je me sens absolument pas visé personnellement.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, M. Breau a souligné qu'il n'y avait pas eu d'appel nominal. Monsieur je tiens simplement à signaler que je suis convaincue que le compte rendu d'aujourd'hui indiquera, en raison des nombreuses interventions qu'il a faites, que M. Breau était présent et qu'il a voté contre la décision de président.

M. Breau: Non, le compte rendu ne le précise pas.

M. Epp: Ce n'est pas vrai, n'est-ce pas?

M. Breau: Exactement. Le compte rendu ne le précisera pas. Comme il ne précise pas non plus dans quel sens vous avez voté.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Breau, nous ne pouvons pas maintenant nous prononcer sur les votes que le Comité a pris. Nous poursuivons.

M. Breau: M. Blaikie non plus.

Le président: Pour répondre à M. Epp qui a demandé où nous en étions, nous en sommes au paragraphe b) de l'amendement G-17 proposé par le secrétaire parlementaire. Les députés sont-ils prêts à voter?

Le paragraphe (b) modifié est adopté.

[Texte]

[Traduction]

• 1120

The Chairman: We are still on Clause 14. Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, I have a general question of interpretation with respect to Clause 14. We passed the amendments. Did you pass Clause 14?

The Chairman: No, just the amendment.

Mr. Allmand: That is what I thought. It appears to me that Clause 14, the default section, does not affect payments to provinces under Clause 6, which are for extended health care services, that for those payments under Clause 6, the only condition that applies is in Clause 13. I want that to be absolutely clear. I would like the Minister to tell us whether that is correct, that the defaults under Clause 14 and those following only apply to payments under Clause 5 and not to payments under Clause 6, that the only condition for Clause 6 is in Clause 13. Is that correct?

The Chairman: Mr. MacLellan, would you like Dr. Law to answer?

Mr. MacLellan: Yes, I would.

The Chairman: Dr. Law, do you have any comments on this?

Dr. Maureen Law (Associate Deputy Minister, Department of National Health and Welfare): It is only the conditions of Clause 13 that apply to extended health services.

Mr. Allmand: That is fine. Thank you very much. That clarifies the interpretation.

The Chairman: Are there any further amendments to Clause 14?

Clause 14 as amended agreed to.

On Clause 15—*Order reducing or withholding contribution.*

The Chairman: Mr. Epp, do you want to put your amendment now?

Mr. Epp: Mr. Chairman, just so that our procedure is quite clear on Clause 15, I note that the government has filed G-18 and G-19—two on Clause 15—and we have filed PC-3. I just want to make sure, before we start, that our procedure is absolutely understood. Do you want me to move ours first? If I take a look at the government's, at least their G-18, it is a clean-up of the French version, if I can put it that way. What is the chairman's intention, is it to follow the clause line by line?

The Chairman: Excuse me, Mr. Epp, which part would you like to amend?

Mr. Epp: I am going to be moving that Clause 15 be amended by inserting after line 31 on page 10—and G-18 precedes that, in numerical or linear order, as does G-19 as well. Both precede ours. Having said that, obviously, in

Le président: Nous en sommes encore à l'article 14. Monsieur Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, j'ai une question générale d'interprétation à poser au sujet de l'article 14. Nous avons adopté les amendements. Avez-vous adopté l'article 14?

Le président: Non, juste l'amendement.

M. Allmand: C'est ce que je pensais. Il me semble que l'article 14, sur les manquements, ne traite pas des versements faits aux provinces qui sont prévus à l'article 6 pour les services complémentaires de santé, et que la seule condition qui les régit figure à l'article 13. Je veux que ce soit bien clair. J'aimerais que le ministre confirme que les manquements prévus aux articles 14 et suivants ne visent que les versements prévus à l'article 5 et non ceux de l'article 6 dont la seule condition est énoncée à l'article 13. Est-ce exact?

Le président: Monsieur MacLellan, laissez-vous répondre M^{me} Law?

M. MacLellan: Oui.

Le président: Madame Law, avez-vous des remarques à formuler à ce sujet?

Mme Maureen Law (sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et du Bien-être social): Ce ne sont que les conditions prévues à l'article 13 qui s'appliquent aux services complémentaires de santé.

M. Allmand: C'est bien. Merci beaucoup. Cette explication facilite l'interprétation.

Le président: Y a-t-il d'autres amendements proposés à l'article 14?

L'article 14 modifié est adopté.

Passons à l'article 15 intitulé «décret de réduction ou de retenue».

Le président: Monsieur Epp, voulez-vous proposer votre amendement maintenant?

M. Epp: Monsieur le président, pour que notre façon de procéder soit très claire quant à l'article 15, je remarque que le gouvernement a proposé deux amendements à l'article 15, les amendements G-18 et G-19, et que de notre côté, nous avons proposé l'amendement PC-3. Je veux tout simplement m'assurer, avant que nous commençons, que notre méthode est tout à fait claire. Voulez-vous que je propose le nôtre pour commencer? Si je jette un coup d'oeil à ceux du gouvernement, au moins l'amendement G-18, je dirais, que leur amendement G-18, du moins, corrige la version française de l'article. Le président a-t-il l'intention d'étudier l'article ligne par ligne?

Le président: Excusez-moi, monsieur Epp, quelle partie de l'article voulez-vous amender?

M. Epp: Je veux proposer que l'article 15 soit modifié par l'insertion d'une disposition, après la ligne 24, à la page 10, et l'amendement G-18 en modifie un passage antérieur tout comme l'amendement G-19. L'objet des deux amendements

[Text]

referring to the lines, if there were to be amendments prior to our moving it ours would refer to the Bill as it is before us, rather than as amended, if those amendments should carry. I just want instruction, so that we know exactly what we are doing. It might avoid some confusion.

The Chairman: Mr. Blaikie, where does your amendment come in?

Mr. Blaikie: My amendment would also come in line 31 on page 10. That is not an amendment that I have submitted at this point—in the case the clerk is wondering where it is. It is something that I have decided to do as a result of having lost this other issue.

The Chairman: Mr. Epp, your point is well taken. I am advised also that we should follow the general lines of the clause. Therefore I will ask the Parliamentary Secretary to move G-18.

Mr. MacLellan: Thank you very much, Mr. Chairman.

I would like to move an amendment, G-18. I move that the French version of Subclause 15.(1) of Bill C-3 be amended by striking out line 10 on page 10 and substituting the following:

• 1125

retenue de la totalité des contributions pécuniaires ou
That is it.

The Vice-Chairman: Do you have an explanation of that Mr. MacLellan?

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, it clarifies that an order can be either amended or repealed.

The Vice-Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: It has to be. You see, Mr. MacLellan is a new parliamentary secretary and he is from Cape Breton. If it is a correction to the French version, it is probably his Acadian background.

The Vice-Chairman: Thank you for that explanation, Mr. Breau.

Amendment agreed to.

The Vice-Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, the second amendment is G-19. I move that Clause 15 of Bill C-3 be amended:

(a) by striking out line 18 on page 10 and substituting the following:

order, repeal or amend any order made under subsec-

(b) by adding, immediately after line 31, on page 10, the following:

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

[Translation]

précède le nôtre. Ceci dit, il est bien évident que si d'autres amendements étaient adoptés avant le nôtre, le nôtre fera référence à l'article que nous avons actuellement en main et non à l'article modifié. Je veux simplement avoir certaines précisions pour savoir exactement ce que nous allons faire et éviter la confusion.

Le président: Monsieur Blaikie, quelle partie de l'article votre amendement vient-il modifier?

M. Blaikie: Il vient également à la ligne 24, de la page 10. Je ne l'ai pas présenté, au cas où le greffier le chercherait. J'ai décidé de le proposer après avoir perdu l'autre point.

Le président: Monsieur Epp, je tiens compte de votre remarque. On me conseille aussi de suivre l'ordre des lignes de l'article. Je demanderais donc au secrétaire parlementaire de proposer l'amendement G-18.

M. MacLellan: Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais proposer l'amendement G-18. Je propose que la version française du paragraphe 15.(1) du projet de loi C-3 soit modifiée, c'est-à-dire que la ligne 10 de la page 10 soit supprimée et remplacée par ce qui suit:

retenue de la totalité des contributions pécuniaires, ou . . .
C'est tout.

Le vice-président: En avez-vous une explication, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Monsieur le président, il précise qu'un décret peut être soit modifié ou abrogé.

Le vice-président: Monsieur Breau.

M. Breau: Il le faut. M. MacLellan est un nouveau secrétaire parlementaire qui vient du Cap-Breton. S'il veut corriger la version française, c'est probablement en raison de ses antécédents acadiens.

Le vice-président: Merci de cette explication, monsieur Breau.

L'amendement est adopté.

Le vice-président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Monsieur le président, le deuxième amendement est l'amendement G-19. Je propose que l'article 15 du projet de loi C-3 soit modifié, c'est-à-dire:

a) que la ligne 13, page 10, soit supprimée et remplacée par ce qui suit:

décret, abroger ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe

b) et que soit ajouté immédiatement après la ligne 24, à la page 10 ce qui suit:

4) un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur qu'au moins trente jours après que copie du décret a été envoyée au gouvernement de la province visée au paragraphe (3).

[Texte]

The Vice-Chairman: Do you wish to expand upon that at all?

Mr. MacLellan: Yes. This is an adoption, in part, of the Saskatchewan proposal for an appeal mechanism on discretionary penalties. It provides for a 30 day waiting period before a penalty takes effect. During that time the province may appeal the decision back to the Cabinet. It stops short of replacing Cabinet by an independent tribunal, as was proposed by Saskatchewan, as the appeal court.

The Vice-Chairman: Discussion, Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, the amendment that I have given notice for is also a result of discussions with the Province of Saskatchewan. Although our amendment goes further, I am just taking a look whether ours would be in conflict with anything the government moves; namely the 30 days. I have some concern. I would like some clarification. If this amendment that is now moved, should carry, in part it might address some of the questions in our amendment, but it does not deal with some of the other areas that our amendment in fact addresses.

For instance, very quickly when I look at number six of our amendments, though not yet moved, that could be in conflict simply in terms of the number of days, not the matter of intent, but the numbers of days. I just want to make sure, Mr. Chairman, that when we proceed that matter could come up, and there might have to be some changes in view of the decisions the committee might have taken immediately before the moving of my amendment. I just want to highlight that.

In terms of the substance of the amendment one can argue whether 30 days, 20 days or 40 days is acceptable. It is my understanding that the 30 days has been agreed to; at least that it is seen as an acceptable number of days for the interval. At least the amendment goes some way in terms of the procedure and the matter in which default and notice of default are to be submitted to provinces who in fact could be adduced to be in default. In that sense, the substance of the amendment...

• 1130

Amendment agreed to.

The Vice-Chairman: Are there further amendments?

Mr. Epp: Mr. Chairman, I would like to move, if I might, that Clause 15 be amended by inserting after line 31 on page 10 the following—and again, before I read it, keep in mind that the numbering will have to change because of the action the committee just took:

(4) On receipt of such an order except where the order arises from Clause 12(a) the province concerned may appeal the order within seven days to a panel consisting of:

(a) a person appointed by the Governor in Council for Canada;

(b) a person appointed by the province concerned;

[Traduction]

Le vice-président: Voulez-vous apporter des précisions à ce sujet?

M. MacLellan: Oui. Il s'agit en partie de l'adoption d'une proposition de la Saskatchewan pour un mécanisme d'instruction des appels à propos des sanctions discrétionnaires. Elle prévoit un délai de carence de trente jours avant l'application de la sanction. Pendant ce délai, la province peut interjeter appel de la décision devant le le cabinet. Elle empêche le cabinet de se faire remplacer par un tribunal indépendant, comme la Cour d'appel, comme le proposait la Saskatchewan.

Le vice-président: Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, l'amendement que j'ai présenté est aussi le résultat de discussions avec la province de la Saskatchewan. Même si notre amendement va plus loin, je cherche à savoir si le nôtre entre en conflit avec ce que le gouvernement propose, notamment le délai de trente jours. Cela m'inquiète. J'aimerais avoir des explications. Si l'amendement proposé est adopté, il peut régler certains aspects que cherche à corriger le nôtre mais pas tous.

Par exemple, en jetant un coup d'oeil rapide à notre 6^e amendement, je me rends compte que, même s'il n'a pas encore été proposé, il pourrait contredire l'autre, non pas en ce qui concerne l'objet mais le nombre de jours. Je veux simplement souligner, monsieur le président, que cette question peut se poser et qu'il se peut que le comité ait à changer les décisions qu'il vient à peine de prendre avant que notre amendement soit proposé.

Pour ce qui est du fond de l'amendement, on peut se demander si un délai de trente jours a été approuvé; au moins, il semble acceptable. Il précise au moins la marche à suivre et le motif pour lequel les manquements et les avis de manquement peuvent être présentés aux provinces qui pourraient être citées pour ne pas s'être conformées aux conditions établies. En ce sens le contenu de l'amendement...

Amendement accepté.

Le vice-président: Y a-t-il d'autres amendements?

M. Epp: Monsieur le président, je propose que l'article 15 soit amendé par l'ajout de ce qui suit, après la ligne 24, page 10... et j'aimerais tout d'abord vous rappeler qu'il faudra changer la numérotation en raison de la mesure que vient d'adopter le Comité:

(4) Sur réception d'un tel décret, sauf si le décret a été établi aux termes du paragraphe 12 a), la province peut faire appel du décret dans les 7 jours, en s'adressant à une Commission composée des personnes suivantes:

(a) une personne nommée par le gouverneur en conseil du Canada;

(b) une personne nommée par la province;

[Text]

(c) a person selected by the persons described in (a) and (b) from lists submitted by the Governor in Council for Canada and the province concerned.

(5) The panel shall recommend within ninety days of its selection whether the appeal shall be upheld.

(6) The order shall not take effect until the panel makes its recommendation.

(7) The Governor in Council for Canada may reject the recommendation of the panel.

(8) No appeal may be launched where the order arises from Clause 12(a) of this Act.

If I could speak to it . . .

The Vice-Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, if I might speak to it, you will recall that earlier this morning, when we were dealing with Clause 14, I said I would be going further than Clause 14, because the general heading of this section is entitled "defaults".

There has been some concern, Mr. Chairman, that if defaults in fact are assessed or adjudicated, there should be some mechanism whereby the province that has the primary responsibility for the delivery of the health care system, having received notice from the federal government that it is in default, have the right of appeal.

If you take a look, Mr. Chairman, I have mentioned, other than in Clause 12(a) . . . and Clause 12(a), if I could just refer to that, says:

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

Obviously it is not our intention, by this amendment, to in any way restrict the services that shall and must be provided under the terms of the federal-provincial agreements and that are services that must be applied to people who are insured under those terms. The problem, Mr. Chairman, is who adjudicates this matter? As you know, if default is decided upon it is the federal government that decides the default and it is the federal government that serves notice for the default, and there is no mechanism of appeal.

All that we moved in the previous amendment moved by the Parliamentary Secretary is that there shall be a period of time—namely, 30 days—for notification. But that does nothing for the default procedure. Because the health care delivery system is the primary responsibility of the province, the province can make a very strong case, for example, that the default that has been declared by the federal government in fact is not default as far as the province is concerned.

So the question becomes: Who is the judge and adjudicator of the default? Because the federal government, who is a partner to the agreement and who through cash transfer payments makes payments to the province under certain conditions, if those conditions are fulfilled can argue those

[Translation]

(c) une personne choisie par les personnes susmentionnées aux paragraphes (a) et (b) à partir de listes présentées au gouverneur en conseil du Canada et la province.

(5) Le Comité doit recommander l'acceptation ou le rejet de l'appel dans un délai de 90 jours.

(6) Le décret ne doit pas entrer en vigueur avant que la Commission n'ait formulé sa recommandation.

(7) Le gouverneur en conseil du Canada peut refuser la recommandation de la Commission

(8) Aucun appel ne peut-être interjeté lorsque le décret est établi aux termes du paragraphe 12 a) de la présente Loi.

Si vous le permettez . . .

Le vice-président: Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, vous vous souviendrez plus tôt ce matin, lorsque nous discutons de l'article 14, j'ai dit que nous allions plus loin que cet article, parce que le titre général de la section est «manquements».

Certains sont d'avis, monsieur le président, que s'il y a effectivement déclaration de manquements, il faudrait prévoir un mécanisme permettant à la province dont relève principalement le régime des soins de santé et qui a reçu un avis du gouvernement fédéral à ce sujet d'exercer un droit d'appel.

Monsieur le président j'en ai déjà fait mention, outre le paragraphe 12 a) qui stipule comme condition le régime provincial d'assurance-santé.

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

De toute évidence, l'amendement en question n'a pas pour but de restreindre de quelque façon que ce soit les services qui doivent être fournis aux personnes assurées aux termes des accords entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le problème, monsieur le président, c'est de déterminer qui prend les décisions à ce niveau? Comme vous le savez, c'est le gouvernement fédéral qui décide s'il y a un manquement qui signifie l'avis en ce sens, et il n'existe aucun mécanisme d'appel.

L'amendement antérieur proposé par le secrétaire parlementaire ne fait que prévoir une période de 30 jours pour la signification de l'avis. Mais cela n'ajoute rien à la procédure relative aux manquements. Étant donné que le système des soins de santé relève principalement de la province, cette dernière peut très bien se défendre, en alléguant, par exemple, qu'elle ne reconnaît pas la décision du gouvernement fédéral.

Il faut alors se demander qui doit juger et prendre des décisions? Étant donné qu'il est partie à l'accord et qu'il verse des contributions aux provinces moyennant certaines conditions, le gouvernement fédéral peut alléguer que les conditions n'ont pas été respectées et qu'il y a par conséquent manque-

[Texte]

conditions were not fulfilled, and therefore the default. The province has no mechanism whereby it can argue that it is not in default and that in fact it is fulfilling the conditions of the agreements or the terms agreed thereto.

• 1135

So what we have attempted to do is to try to meet that question of where the federal government, being a partner of the agreement, cannot in fact also be the judge and jury as to whether or not the other partner is in default. So what I think is important or imperative is that we have a mechanism whereby the two partners to the agreement, namely the federal government and a provincial government—in this case singular—have a mechanism whereby a panel in fact assesses or adjudicates whether the federal government's assessment of default in fact is default in the first place. Therefore the amendment.

The Minister mentioned earlier today how, when you set up a panel of three persons, you decide on that third person. There is no great difficulty that the Governor in Council in right of Canada appoints a person. There is no difficulty in a province deciding who that person shall be who represents the provincial interests. The question is that third person. But I do believe we have enough experience in the setting up of panels that the third person can be agreed upon mutually, or jointly, by the two sides. That has happened before in labour relations. That has happened before in other disputes. I frankly think from a list submitted, persons who have been appointed by the federal government and the province in question would have the intellectual and the judicial capacity to find a person from a list submitted—that third person in fact could act in the best interests of the system.

I reject the traditional argument that they just would not be able, under this system, to find a third person who could operate judicially, fairly, and without bias or partisanship. I just do not accept that. I really do not think we are so devoid in Canada, or in the area of the judiciary, or in the health care field, that we do not have people who can act in that capacity. That is why Clause 4.(c) has been determined in such a way that in fact that third person could be found from a list so submitted.

Clauses 5 and 6 obviously are simply setting up the manner... that is, the timeframe—in which the panel shall work. That is within 90 days. It has roughly three months. Obviously the order of default—the federal government by first submitting triggers this mechanism—that order cannot be put into place until such a time as the panel has made its recommendation.

Members of the committee might find Clause 7 a little strange. After the panel has made its judgment, the Governor in Council for Canada can still reject the recommendation. But it comes back again to the argument we had earlier, in part; and that is the matter that you cannot predetermine or pre-direct the work either of the government or of the House of Commons. That is why Clause 7 is in there: to try to meet the manner in which we now operate.

[Traduction]

ment. La province ne dispose d'aucun mécanisme lui permettant d'alléguer que ce n'est pas le cas et qu'elle respecte en fait les conditions de l'accord.

Nous avons donc essayé de déterminer à quel moment le gouvernement fédéral, étant partie à l'accord, ne pouvait en fait agir comme juge et jury pour décider si l'autre partie n'a pas respecté l'accord. Par conséquent, ce qui importe à mon avis, c'est de prévoir un mécanisme permettant aux deux parties, notamment le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial de recourir à une commission pour évaluer ou décider si l'allégation de manquement du gouvernement fédéral est fondée. Voilà la raison d'être de l'amendement.

Le ministre a parlé plus tôt aujourd'hui de la façon de choisir le troisième membre d'une commission composée de trois personnes. Le fait que le gouverneur en conseil nomme une personne et qu'une province décide qui représentera ses intérêts ne pose aucun problème. La difficulté réside dans la nomination du troisième membre. Je crois toutefois que nous avons suffisamment d'expérience des commissions pour que les deux parties s'entendent sur le choix du troisième membre. Cela s'est déjà produit dans le domaine des relations de travail et ailleurs. Je crois honnêtement qu'à partir d'une liste, les personnes nommées par le gouvernement fédéral et la province seraient capables de choisir une personne à partir d'une liste, le troisième membre qui défendrait en fait les intérêts du système.

Je refuse l'argument traditionnel voulant qu'elles ne seraient tout simplement pas en mesure, dans le système actuel, de trouver une troisième personne qui serait juste et impartiale. J'accepte tout simplement pas cet argument. Je ne crois vraiment pas que nous soyons si démunis au Canada, ou dans le domaine judiciaire, ou des soins de la santé, que nous ne pouvons trouver des personnes capables de remplir ce rôle. C'est pourquoi le paragraphe 4 c) a été rédigé de façon que la troisième personne puisse être choisie à partir d'une liste présentée.

De toute évidence, les articles 5 et 6 ne prévoient que le délai que doit respecter la commission, soit 90 jours, ou environ trois mois. Il est évident que le décret de manquement et c'est le gouvernement fédéral qui met le mécanisme en branle, ne doit pas entrer en vigueur avant que la commission n'ait formulé sa recommandation.

Il se peut que les membres du Comité trouvent l'article 7 un peu étrange. Le gouverneur en conseil peut refuser la recommandation de la commission. Nous reprenons par contre l'argument que nous avons utilisé, plus tôt, c'est-à-dire qu'on ne peut pas déterminer ou orienter à l'avance les travaux du gouvernement ou de la Chambre des communes. C'est la raison d'être de l'article 7: justifier notre façon actuelle de fonctionner.

[Text]

Item 8 simply again reiterates what I had in the first section, namely all the conditions that are in Clause 12(a).

So what I am doing, Mr. Chairman—I hope it finds favour with the committee—is I am taking the matter that the government itself I believe has tried to identify in its amendments; namely, that even though we have not passed Clause 1 and the preamble—but I hope the chairman allows me to make mention of it—the government is trying in its own amendments to reduce any impression or any step which would indicate that the federal government is trying to interfere or involve itself in the jurisdiction of the provinces. I know there is a legal concern that the federal government has, and that is obviously if there is going to be a challenge in the courts, that challenge will be narrowed. I would suggest, though I am not a lawyer, that the federal government's liability or vulnerability is being reduced by the amendments the government itself is moving.

• 1140

Having said that, I think once that spirit prevails, and I am pleased it so since the Minister brought forward the amendments through her parliamentary secretary, and when I look at that in the general spirit in which they were moved I think the amendment we have moved today takes it one step further. That is because it is a partnership. That there should be for the retention of the partnership and the reduction of tension within the health care delivery system, a mechanism whereby the provinces, once having been placed in default by the action of the federal government, should be independently judged whether they were in fact in default. That is the intention and the essence of the amendment. Thank you.

The Chairman: The Chair has some problems with the procedural aspects of the amendment.

The Hon. Member's proposed amendment to Clause 15 seems to introduce a concept foreign to the Bill by creating an appeal panel where none was originally contemplated. In this regard, the Chair refers Hon. Members to Speaker Jerome's comments on the proposed amendment to Bill C-24, providing for the creation of a refugee claims board on July 21, 1977, in Debates page 7867, where Speaker Jerome said:

Motion No. 40 seeks to introduce an entirely new concept into the Act in the form of a refugees claims board with certain powers.

Furthermore, Speaker Jerome remarks that members of the board would have to be paid, thus entailing an expenditure of funds. This point is also made in a similar ruling by the Deputy Speaker on February 20, 1979 in Debates page 3423 and 3424:

The establishment of an appeal panel would therefore unquestionably entail the expenditure of funds, both to provide remuneration to the members of the panel and to cover expenses incurred through the operations of the panel. However it is a basic rule of our practice and procedure that only the Crown has the power to propose the expenditure of moneys.

[Translation]

Le huitième point n'est qu'une répétition de ce dont j'ai parlé dans la première partie, notamment toutes les conditions prévues au paragraphe 12 a).

En fait, monsieur le président, j'espère que le Comité sera d'accord, j'essaie de régler le problème que le gouvernement a lui-même essayé à mon avis dans ses amendements; notamment, que même si nous n'avons pas adopté l'article 1 et le préambule, et j'espère que le président me permettra d'en parler, le gouvernement fédéral essaie par des amendements qu'il propose de faire disparaître toute impression ou mesure portant à croire qu'il tente de s'ingérer dans les domaines de compétence provinciale. Je sais que le gouvernement fédéral essaie de résoudre un problème juridique, soit de diminuer la possibilité de contestations devant les tribunaux. Même si je ne suis pas avocat, je suis d'avis que le gouvernement diminue sa responsabilité ou sa vulnérabilité par les amendements qu'il propose.

Ceci dit, depuis que le ministre a proposé les amendements par l'intermédiaire de son secrétaire parlementaire, je crois dans l'ensemble qu'il s'agit d'un nouveau pas de plus en avant. C'est parce qu'il s'agit d'une association. Pour conserver cette association et réduire les tensions au sein du système des soins de santé, il faudrait prévoir un mécanisme permettant aux provinces d'être jugées de façon indépendante lorsqu'elles sont accusées de manquement par le gouvernement fédéral. Il s'agit de l'objet et du fond de l'amendement. Merci.

Le président: L'amendement présente certains problèmes au niveau de la procédure.

Il semble que l'amendement proposé à l'article 15 du projet de loi par le député ajoute un principe entièrement nouveau en créant une commission d'appel, alors que cela n'était pas prévu à l'origine. À ce sujet, la présidence renvoie le député aux observations de l'Orateur Jerome au sujet du projet d'amendement au Bill C-24, visant la création d'une Commission des revendications des réfugiés publiés dans les Débats du 21 juillet 1977, à la page 7867:

La motion n° 40 cherche à introduire dans la loi un concept entièrement nouveau sous la forme d'une Commission des revendications des réfugiés dotée de certains pouvoirs.

En outre, le président Jerome soulignait qu'il faudrait rémunérer les membres de la commission, ce qui entraînerait certaines dépenses. Ce point est également établi dans une décision semblable de l'orateur suppléant, rendue le 20 février 1979 (*Débats*, p. 3423).

La création d'une commission d'appel entraînerait indéniablement la dépense des fonds, tant pour la rémunération des membres du comité que les frais qu'entraîneraient les opérations de la Commission. Cela étant, une règle élémentaire de notre pratique et procédure veut que seule la Couronne ait le pouvoir de proposer la dépense de sommes d'argent.

[Texte]

Citation 773(7) in *Beauchesne's Fifth Edition* reads as follows:

An amendment is out of order if it imposes a charge upon the Public Treasury, if it extends the objects and purposes, or relaxes the conditions and qualifications as expressed in the Royal Recommendation.

Journals June 17, 1969, page 1172.

Consequently the proposed amendment infringes the financial initiative of the Crown. For both these reasons the Chair has no choice but to rule the proposed amendment out of order.

There is also an additional point; we have just adopted subclause (4) with respect to an order made under subclause (1) shall not come into force earlier than 30 days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subclause (3). Now Mr. Epp in subclause (6) of his amendment says that the order shall not take effect until the panel makes its recommendation.

Beauchesne 773(2) says:

An amendment must not be inconsistent with or contradictory to the Bill as so far agreed to by the committee, nor must it be inconsistent with a decision which the committee has given upon a former amendment.

So for all those reasons, the Chair is obliged, with regret, to rule the amendment out of order.

Mr. Epp: Mr. Chairman, we are not going to have a vote in terms of the ruling. But if I might say, taking your last point first, I find that difficult to accept. The reason I find it difficult to accept is because of the comments I made, with all respect, before the parliamentary secretary moved his amendment.

Mr. Chairman, I gave this amendment to the committee last week. I know the parliamentary secretary knew about our amendment. I knew about his amendment, and I knew that conflict would develop. That is why I raised it. I have not been trying to hoodwink the committee or the chairman, or anyone. I was well aware of that. I must admit with all respect, sir, that I find it difficult to accept that now because we have taken that action. I forewarned the committee that I did not want to be put into that legal box, that situation, and despite having done it in good faith, I am still in that box.

• 1145

I am not being negative on the Chair, sir. I am simply saying I think the committee has to find a way around at least that argument, quite apart from the other rulings which have been raised. With all respect, sir, I do not think in any way I took any action that that rule should have been used in terms of our amendment.

I have comments on the others, but I will wait.

[Traduction]

Selon le paragraphe 773(7) de la *cinquième édition de Beauchesne* un amendement est irrecevable:

S'il impose une charge au Trésor ou s'il n'est pas conforme à la Recommandation royale dans la mesure où il en étendrait l'objet ou la portée ou rendrait moins rigoureuses les réserves et les conditions qu'elle prescrit.

Journaux, le 17 juin 1969, page 1172.

Par conséquent, l'amendement proposé empiète sur les pouvoirs financiers de la Couronne. Pour ces deux raisons, la présidence ne peut que juger le projet d'amendement irrecevable.

Il y a également un autre point; nous venons d'adopter le paragraphe (4) stipulant que les décrets adoptés aux termes du paragraphe (1) ne peuvent entrer en vigueur que 30 jours après l'envoi d'une copie du décret au gouvernement de la province, aux termes du paragraphe (3). Le paragraphe (6) de l'amendement proposé par M. Epp stipule que le décret ne doit pas entrer en vigueur avant que la commission n'ait formulé sa recommandation.

Le paragraphe 773(2) de *Beauchesne* stipule qu'un amendement est irrecevable:

S'il est contraire au projet de loi tel que le Comité l'a accepté, ou le contredit; ou s'il contredit une décision que le Comité a rendue au sujet d'un amendement antérieur.

Par conséquent, pour toutes les raisons précitées, la présidence se voit avec regret dans l'obligation de juger l'amendement irrecevable.

M. Epp: Monsieur le président, nous n'allons pas voter sur la décision. Mais je dois ajouter, tout d'abord au sujet de votre dernier point, qu'il m'est difficile de l'accepter en raison des observations que j'ai formulées avant que le secrétaire parlementaire ne propose son amendement.

Monsieur le président, j'ai présenté cet amendement au Comité la semaine dernière. Je sais que le secrétaire parlementaire était au courant de notre amendement. J'étais également au courant du sien et je savais qu'il y aurait un conflit. C'est pourquoi j'en ai parlé. Je n'ai pas essayé de gêner le Comité ou le président, ou qui que ce soit. Je ne l'ignorais pas. Je dois respectueusement admettre que je trouve difficile d'accepter cette situation maintenant que nous avons pris ces mesures. J'avais averti le Comité que je ne voulais pas être placé dans cette situation et, bien qu'étant de bonne foi, je n'en sors pas.

Je ne réfute pas les arguments de la présidence, monsieur. Je suis simplement d'avis que le Comité doit contourner cet argument, indépendamment des autres décisions qui ont été soulevées. Je fais respectueusement remarquer que je ne pense pas être intervenu pour que cette décision soit utilisée dans notre amendement.

J'ai des remarques à formuler au sujet des autres, mais j'attendrai.

[Text]

The Chairman: Order, please. If I may make a couple of comments, I am not going to be too technical on making comments on the ruling, but you are not supposed to make comments on the chairman's ruling.

Mr. Epp: I realize that, sir.

The Chairman: It does not concern me too much as long as it is kept within bounds. But the essence of the ruling will entail the expenditure of additional moneys of the Crown. That was the essence. I was out of the Chair for a few minutes, as you know, and if I missed something Mr. Epp said regarding the fact that he knew he would have some problems with certain aspects because of the previous amendment, I apologize for that. But the essence of the ruling still stands concerning the expenditure of moneys.

That is where we are, and I do not see how we can get around that particular point. I really do not want to have a long debate on the ruling of the Chair.

Mr. Breau: Mr. Chairman.

The Chairman: Is that on a point of order, Mr. Breau?

Mr. Breau: I have a point that might be helpful here. I take it that on that last point the Chair was indicating the amendment would be in contradiction with what we had done before. I agree with you, sir, that in that case it would be. In reading both amendments carefully, I do not think they do contradict. One talks about an order made under subclause (1), the one we just passed. The important part is "shall not come into force"; that is the essential part. Mr. Epp's amendment talks of "on receipt of such an order". It does not talk about when the order comes into force. So I agree with you, sir, that if it does contradict, then it would be out of order. I do not really think that in essence it does contradict.

I just make this point to indicate to Mr. Epp that, after all, he was not boxed in. The way I read it, I do not think it does purely contradict. One talks about an order coming into effect and being sent to the province; the other one talks about "on receipt of such an order". It does not say the order had taken effect or not.

Mr. Lachance: On the same point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: On the same point of order, Mr. Lachance.

Mr. Lachance: In answering Mr. Epp's point, which was well taken, for the future of our work, to avoid the problem of amendments which seem to or do contradict . . . In those cases, rather than being faced with that situation—it is hypothetical in this case because it was refused on other grounds, but it could happen in the future—at that point, the Chair could indicate to the committee in advance that if the committee were to vote that way on that amendment then it would negate another amendment. That way the rules of the game would be clear and that would solve the problem, which was well taken.

The Chairman: Mr. Allmand, on the same point.

[Translation]

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Si je peux me permettre quelques remarques, sans trop entrer dans les détails techniques au sujet des décisions, vous n'êtes pas supposé formuler des remarques sur les décisions du président.

M. Epp: Je m'en rends compte, monsieur.

Le président: Cela ne me préoccupe pas trop tant que nous resterons dans les limites. Toutefois, la décision entraînera fondamentalement des dépenses supplémentaires pour la Couronne. C'est ce qui est fondamental. Comme vous le savez, je me suis absenté quelques minutes et si je n'ai pas entendu une déclaration de M. Epp relativement au fait qu'il n'ignorait pas que le précédent amendement lui causerait quelques problèmes, je m'en excuse. Il n'en demeure pas moins que la décision tient en ce qui concerne les dépenses.

Nous en sommes donc là et je ne vois pas comment nous pouvons contourner cette question. Je ne désire pas de longues discussions au sujet de la décision du président.

M. Breau: Monsieur le président.

Le président: Invoquez-vous le Règlement, monsieur Breau?

M. Breau: Je voudrais formuler une remarque qui pourrait être utile. Je crois que le président faisait remarquer que l'amendement serait en contradiction avec ce que nous avons déjà fait. Je suis d'accord avec vous, monsieur. En lisant attentivement les deux amendements, je ne pense pas qu'ils entrent en contradiction. L'un parle d'un décret rendu aux termes du paragraphe (1) que nous venons d'adopter. L'expression importante est «ne doit pas entrer en vigueur». L'amendement de M. Epp précise «sur réception de ce décret». Il ne parle pas de l'entrée en vigueur du décret. Je suis donc d'accord avec vous, monsieur, que s'il y avait contradiction, il serait irrecevable. Fondamentalement, je ne pense pas que ce soit le cas.

Je voulais simplement formuler cette remarque pour montrer à M. Epp qu'après tout il n'a pas été placé dans une situation délicate. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait contradiction. D'une part, il s'agit d'un décret entrant en vigueur et qui est transmis aux provinces, d'autre part il est question de la réception de ce décret. Il n'est pas précisé que le décret est en vigueur ou non.

M. Lachance: Au sujet de la même obligation, monsieur le président.

Le président: Oui, monsieur Lachance.

M. Lachance: La remarque de M. Epp était pertinente. Dans nos travaux à venir, il pourrait être souhaitable d'éviter le problème des amendements qui semblent se contredire ou qui se contredisent en fait. Dans de tels cas, plutôt que de se trouver en face d'une telle situation, qui est hypothétique dans le cas qui nous occupe, étant donné qu'il y a eu rejet pour d'autres raisons, mais qui pourrait se présenter à l'avenir, la présidence pourrait indiquer à l'avance au Comité que s'il devait voter de cette façon au sujet d'un amendement, il en rendrait un autre nul. De cette façon, la procédure serait claire et le problème serait réglé.

Le président: Monsieur Allmand, au sujet de la même objection.

[Texte]

Mr. Allmand: This may be helpful to the committee and to Mr. Epp. It seems to me that the point he is attempting to accomplish is already provided for under the Federal Court Act. I do not have the Federal Court Act with me, but there are provisions in the Federal Court Act whereby administrative decisions of Ministers and government officials can be reviewed by the court on a direct petition, especially since Sections 14 and 15 deal with:

... the opinion of the Minister whether the plan of a province meets the criteria of Sections 8 to 12 and Section 13...

This is really a legal... The Minister is coming down with an opinion as to whether or not legal criteria are being met. It seems to me that section in the Federal Court Act may be even stronger than what Mr. Epp is providing, because he is providing that the Governor in Council can reject the recommendation of the panel. Under the Federal Court Act, once the court rules on a decision of the Minister, there is no option for the Minister but to follow the ruling of the court. I would suggest that it may be helpful to the committee to have some legal officers look at that section to see if it accomplishes what Mr. Epp is considering because if it does, it will be a much more effective section in dealing with the decisions of the Minister under Clause 14 and 15 than his provision. It would provide for an independent review by the Federal Court, subject to appeal to the Federal Court of Appeal, of these very matters with which he is concerned.

• 1150

The Chairman: I want to go on with Mr. Blaikie's next amendment, but if there are any further general comments, I will hear them now. Miss MacDonald.

Mr. Blaikie: This is why I have my hand up.

The Chairman: Yes, all right, I will hear you. Miss MacDonald first, though. Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Mr. Chairman, I listened with care to what Mr. Allmand had to say because I think that we are concerned here with a specific matter and that is an appeal procedure. He thinks it might possibly be through the Federal Court. I am not saying this to challenge your ruling about this particular amendment but what I would really want to do, though in the interest of finding an appeal procedure, is to really address the comment to the Minister in the sense that in almost every case where the federal government is in a partnership and a decision is taken, there is an appeal procedure to deal with that. For instance, I think of the federal government in its relationship with its employees. If something comes up where an employee feels that the federal government, its employer, has violated the terms of his or her contract, there is a very lengthy appeal procedure that can be moved or taken by that employee. What we are trying to get at is the general thrust of that being carried into other legislation. While it is not possible, according to your ruling, for a member of the opposition to move something that might entail expenditure, it would be possible for the government to consider some way in which an appeal

[Traduction]

M. Allmand: Cela pourrait être utile au Comité et à M. Epp. Il me semble que son point de vue est déjà prévu dans la Loi sur la Cour fédérale. Je n'ai pas ici cette Loi mais elle contient des dispositions en vertu desquelles les décisions administratives des ministres et des fonctionnaires peuvent être révisées par la cour à la suite d'une demande directe; en effet, les articles 14 et 15 prévoient ce qui suit:

Si le ministre estime que le régime d'une province satisfait aux conditions visées aux articles 8 à 12 et à l'article 13.

Le ministre décide si les conditions sont satisfaites ou non. Il me semble que l'article de la Loi sur la Cour fédérale est plus explicite que ce que propose M. Epp étant donné qu'il prévoit que le gouverneur en conseil peut rejeter la recommandation de la commission. En vertu de la Loi sur la Cour fédérale, une fois qu'elle s'est prononcée sur la décision du ministre, ce dernier ne peut que se conformer à l'arrêt de la cour. A mon avis, il pourrait être utile au Comité que quelques légistes étudient l'article pour voir s'il réalise ce qu'envisage M. Epp car, dans l'affirmative, l'article sera beaucoup plus efficace que ses dispositions pour traiter des décisions du ministre en vertu des articles 14 et 15. Il permettrait un examen indépendant par la cour fédérale, tout en permettant également d'interjeter appel à la cour d'appel fédérale sur les questions mêmes qui le préoccupent.

Le président: Nous poursuivons avec le prochain amendement de M. Blaikie, mais s'il y a d'autres remarques générales, vous pouvez les formuler immédiatement. Mademoiselle MacDonald.

M. Blaikie: C'est la raison pour laquelle je lève la main.

Le président: Très bien, je vous céderai la parole. Toutefois, nous allons tout d'abord entendre M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, j'ai écouté attentivement la déclaration de M. Allmand parce que nous nous intéressons à une question précise: la procédure d'appel. Il pense qu'elle pourrait être possible par l'intermédiaire de la cour fédérale. Je ne veux pas contester votre décision au sujet de cet amendement précis mais je voudrais plutôt, en vue de trouver une procédure d'appel, adresser l'observation au ministre étant donné que presque chaque fois que le gouvernement fédéral se trouve dans une association et qu'une décision est prise, il y a toujours une procédure d'appel. Par exemple, je songe aux relations du gouvernement fédéral avec ses employés. Si un employé est d'avis que son employeur, le gouvernement fédéral, a violé les conditions de son contrat, cet employé peut demander ou adopter une procédure d'appel extrêmement longue. Nous essayons d'atteindre l'objectif général de ce qui a été incorporé dans d'autres lois. Bien que, conformément à votre décision, il ne sera pas possible à un membre de l'opposition de faire une proposition pouvant entraîner des dépenses, il pourrait être possible au gouvernement de considérer la possibilité d'incorporer une procédure d'appel dans cette loi afin qu'on ne

[Text]

procedure could be built into this legislation so it is not seen as an arbitrary decision by one partner to the agreement. I think the government has a concern in that regard and while this may not be the proper wording or there may be some other way to come about it, I would ask the Minister to give consideration as to whether or not there could not be some reasonable appeal procedure set up which would ensure, at the same time, that the requirements of Clause 12(a) of the Bill and the coverage of persons under that clause are carried out. I would just ask through the Minister, sir, if some consideration could be given to this.

The Chairman: The Minister has heard your comments and representation, Miss MacDonald. She may want to comment now or at some other time. I will hear Mr. Blaikie first, though. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Well, Mr. Chairman, I understand your ruling is that this is unacceptable because it requires expenditures by the Crown. Is that the essence of your . . . ?

The Chairman: Yes, sir.

Mr. Blaikie: We run into this very often. I am not so much commenting on the appropriateness of this amendment or on your ruling, but it just seems to me that there is something really dumb about the whole tradition in which committees, opposition parties and MPs in general cannot do anything which requires expenditure by the Crown. It leaves out a lot of things. I would just like to use this opportunity to say that I think that whole tradition is . . .

The Chairman: I understand your frustration. That was a long tradition and, as has been mentioned, it was not the only grounds for the ruling but it is a very substantial ground. All members are saddled with that particular tradition and rule over the years. I want to get on to Mr. Blaikie's next amendment but . . . Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Sir, may I just speak on this last point of Mr. Blaikie's and what you are saying yourself.

• 1155

I looked upon the so-called ruling you made as being not your final decision but some caveats you were bringing before the committee about it, really, because you had . . .

The Chairman: I am sorry. I do not want to be too technical, but I have made the ruling, and the ruling is that the amendment is out of order for the reason stated. That is the ruling, and I would like to get on. I have allowed some general discussion on this question about the appeal, but I would like to get on to something else, if possible.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, if you have already ruled, what are we talking about? I thought you had given an opinion; we were giving you our opinions; and then you would finally rule.

The Chairman: That is incorrect; I am sorry.

[Translation]

considère pas qu'il s'agit d'une décision arbitraire de l'une des parties. Je pense que le gouvernement a une responsabilité à cet égard et, bien qu'on puisse exprimer les choses d'une autre façon ou atteindre l'objectif d'une autre manière, je demande au ministre d'envisager s'il serait possible ou non d'établir une procédure d'appel raisonnable qui donnerait en même temps l'assurance que les exigences du paragraphe 12a) du projet de loi et les conditions de protection des personnes en vertu de cet article sont satisfaites. Par l'intermédiaire du ministre, je demande simplement si on pourrait étudier cette question.

Le président: Le ministre a entendu vos observations mademoiselle MacDonald. Elle peut désirer formuler des observations maintenant ou ultérieurement. Je vais tout d'abord céder la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je comprends que votre décision est basée sur le fait que cela est inacceptable par suite des dépenses qu'elle entraîne pour la Couronne. Est-ce la raison fondamentale?

Le président: Oui, monsieur.

M. Blaikie: Nous rencontrons souvent cette situation. Sans faire particulièrement allusion à l'opportunité de cet amendement ou à votre décision, il me semble qu'il y a quelque chose de vraiment ridicule dans toute tradition selon laquelle les Comités, les Partis de l'opposition et les députés en général ne peuvent rien proposer qui entraîne des dépenses pour la Couronne. Cela élimine un tas de choses. Je désirais profiter de l'occasion pour dire qu'à mon avis, toute la tradition est . . .

Le président: Je comprends votre déception. Il s'agit d'une longue tradition et, comme il a été indiqué, sans être la seule raison de la décision, elle y a fortement joué. Au cours des années, tous les députés ont été assujettis à cette tradition et à cette règle. Je désire que nous passions à l'amendement suivant de M. Blaikie mais . . . Monsieur Halliday.

M. Halliday: Monsieur, puis-je formuler quelques remarques sur cette dernière question de M. Blaikie et sur votre réponse?

Je considère votre prétendue décision comme n'étant pas votre décision définitive mais une opposition que vous avez soumise au comité parce que vous . . .

Le président: Je regrette. Je ne veux pas mettre trop l'accent sur la procédure, mais j'ai formulé cette décision et elle précise que l'amendement est irrévocable pour la raison indiquée. Telle est la décision et j'aimerais que nous poursuivions. J'ai permis quelques discussions générales sur la question de l'appel, mais j'aimerais que nous passions à un autre point, si possible.

M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, si vous avez déjà décidé, de quoi parlez-vous? Je pensais que vous aviez soumis une décision, que vous nous donniez les nôtres et que vous prendriez ensuite une décision définitive.

Le président: Ce n'est pas la cas, je regrette.

[Texte]

Mr. Blaikie: If you have ruled, and we are just commenting on your ruling, then . . .

The Chairman: I do not want to defend myself, but Mr. Allmand had some points, and other people, and that was the way I was going anyway. If I have been too lenient, we can adjust that.

Mr. Blaikie: Whatever; I just wanted to be clear about what was happening.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I take it that where we are at now—we are on Clause 15 and questions can be asked. We are in clause-by-clause. Following up on what Miss MacDonald said, I would like to ask, through you to the Minister, whether the government intends to move an amendment which would in fact make more fair an order now moved or pronounced by the government where a province is in default. Does the government intend to move such an amendment?

The Chairman: Madam Minister?

Madam Bégin: We think we are doing it, Mr. Chairman, by the amendment to Clause 15 that was moved by my Parliamentary Secretary.

Mr. Epp: Mr. Chairman, with all respect, I do not think that is what the amendment does at all. What the amendment does is it provides for a 30-day period, in which time a copy of the order is to be sent to the province concerned, and during that period that order shall not come into force. That is what the amendment says. That has absolutely nothing to do with an appeal; absolutely nothing. What it has is that the clean-up is . . . and I said earlier we accept that clean-up, because at least there is a reasonable period to notify the province. But with all respect, sir, there is no such addressing to an appeal in that amendment.

I simply repeat my question. If there is no appeal procedure in the amendment that has now been approved, does the government, because it is a partner in these cash transfer payments for health care, feel that it is fair, first of all, to have an appeal procedure—that they do not act only as judge and jury and nobody else can question that—and whether an appeal in fact is contemplated by the amendment.

The Chairman: Mr. Epp, I believe the Minister has already answered, but she may want to make a further comment.

Madam Bégin: May I add a point, Mr. Chairman?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: There is no need to say I thought it was obvious that the amendment moved by my Parliamentary Secretary must be read in conjunction with 3 and is an appeal procedure of a political nature which we, in the analysis we made and discussions we had with lots of people on it, think is the most effective and the best. I just would like to say that it is far more solid, one can argue, than for example an amend-

[Traduction]

M. Blaikie: Si vous avez décidé et si nous ne faisons que formuler des remarques sur votre décision, alors . . .

Le président: Je ne veux pas me défendre, monsieur Allmand, mais il y a d'autres questions et d'autres personnes et c'est ce que j'allais faire de toute façon. Si j'ai fait preuve de trop d'indulgence, nous pouvons faire une mise au point.

M. Blaikie: Je voulais simplement faire préciser ce qui en était.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je crois que nous en sommes à l'article 15 et qu'il est possible de poser des questions. Nous en sommes à l'étude article par article. À la suite de ce qu'a déclaré M^{me} MacDonald, je voudrais demander au ministre par votre intermédiaire si le gouvernement a l'intention de proposer un amendement qui, en fait, rendrait plus équitable un décret qui est maintenant proposé ou annoncé par le gouvernement dans le cas de manquements par une province. Le gouvernement a-t-il l'intention de proposer un tel amendement?

Le président: Madame la Ministre?

Mme Bégin: Je pense que c'est ce que nous sommes en train de faire, Monsieur le Président, en amendement l'article 15 qui a été proposé par ma secrétaire parlementaire.

M. Epp: Monsieur le Président, je fais remarquer respectueusement que je ne pense pas que ce soit ce que fait l'amendement. Il prévoit en fait un délai de trente jours au cours duquel une copie du décret doit être adressée à la province et, pendant cette période, le décret ne sera pas en vigueur. C'est ce que dit l'amendement. Cela n'a rien à voir avec un appel, absolument rien. Il s'agit d'une mise au point, et, comme je l'ai déjà dit, nous l'acceptons parce qu'en fin il y a un délai raisonnable pour informer la province. Je fais toutefois respectueusement remarquer qu'il n'est pas question d'appel dans cet amendement.

Je répète tout simplement ma question. S'il n'y a pas de procédure d'appel dans l'amendement qui a maintenant été approuvé, le gouvernement, étant donné qu'il est associé à ces transferts pécuniaires pour soins sanitaires, est-il d'avis qu'il est équitable d'avoir une procédure d'appel (afin de ne pas être seul juge et jury sans que personne ne puisse contester) et qu'un appel soit envisagé par l'amendement.

Le président: Monsieur Epp, je crois que le ministre a déjà répondu, mais peut-être qu'elle désure apporter d'autres précisions.

Mme Bégin: Puis-je faire une remarque, Monsieur le Président.

Le président: Madame la Ministre.

Mme Bégin: Il n'est pas nécessaire de préciser que je pensais qu'il était évident que l'amendement proposé par mon secrétaire parlementaire constitue une procédure d'appel de nature politique. À la suite des analyses auxquelles nous avons procédé et des discussions que nous avons eues avec un grand nombre de personnes, nous pensons que cela constitue ce qu'il y a de plus efficace et de mieux. Je voudrais faire remarquer

[Text]

ment in which the Governor in Council can reject any recommendation of any panel.

There could be discussion of the value in terms of how solid the appeal mechanism proposed is, as well, but I do not think I should enter into that.

Mr. Epp: That has been rejected. That is not on the table.

The Chairman: Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, in addition, if, as I believe, there are appeal provisions in the Federal Court Act, the 30 days give the province time to consider whether or not they will take such an appeal under the Federal Court Act to contest the decision of the Minister. Nothing would go into effect until the 30 days elapse. It gives them plenty of time to get before the court.

• 1200

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Yes, Mr. Chairman. I think Mr. Allmand made some of the comments I was going to make, but regardless of what the situation is, the Provinces still have the right of recourse to the courts.

The Minister stated that I think what Mr. Epp says we did not do, we think we did do in our amendment to Clause 15, when read in conjunction with Clause 3. It comes down to a question of how you want to negotiate with the Provinces and how is the best way to do it. We tried to do it without setting up a confrontational stance with the Provinces, and we feel that in the long run the procedure that we have set up is going to be in the best interests. We feel that ultimately the government must retain responsibility for how it wants to proceed and we think we have done it so that the Provinces can look upon this procedure as a way that will bear dividends.

The Chairman: Yes. I may say that at the present time we are having a general discussion on Clause 15 as presently amended.

I will go to Miss MacDonald. We do have some other amendments and things to cover. Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. I listened to what the Parliamentary Secretary had to say, and he talked about that 30-day period and the possibility of negotiations, but there is absolutely nothing in here that would guarantee negotiation. All it talks about is notification to the Province, and that is a one way street. What we are saying is, at least do not close the door at this point in time before you have given the whole procedure perhaps another look, to see whether or not there should be something that guarantees the negotiation I think we are all seeking at this point. If something comes forward where the federal government thinks there should be some penalty imposed, or that a provincial government by default loses a certain payment, then within that 30-day period—or whatever it might be—can we not include something which talks about the

[Translation]

qu'on peut faire valoir qu'il est beaucoup plus valable que, par exemple, un amendement où le gouverneur en conseil peut rejeter n'importe quelle recommandation d'une commission.

On pourrait également discuter dans quelle mesure le mécanisme d'appel projeté est valable mais je ne pense pas devoir aborder cette question.

M. Epp: Cela a déjà été rejeté.

Le président: Monsieur Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, si, comme je le crois, il existe des dispositions en matière d'appel dans la loi sur la cour fédérale, le délai de 30 jours donne à la province le temps de décider si elle va ou non interjeter appel en vertu de la Loi sur la cour fédérale en vue de contester la décision du ministre. Rien n'entrerait en vigueur avant que le délai ne soit écoulé. Cela lui donne amplement le temps de comparaître devant la cour.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Merci. M. Allmand a déjà fait valoir en grande partie ce que j'avais l'intention de dire. De toute façon les provinces pourront avoir recours aux tribunaux.

Contrairement à ce que M. Epp affirme, l'amendement à l'article 15 plus l'article 3 auront des effets recherchés. Pour ce qui est de négociations avec les provinces, nous avons cherché à éviter la confrontation dans la mesure du possible et nous pensons que des modalités arrêtées seront dans l'intérêt de tous. Le gouvernement doit en dernière analyse conserver l'initiative et je pense que les provinces admettront pour leur part que cette façon de procéder est la bonne.

Le président: La discussion a donc pour objet l'article 15 tel que modifié.

Nous avons encore plusieurs autres amendements. Madame MacDonald.

Mme MacDonald (Kingston et les Îles): Merci. Le secrétaire parlementaire a fait état de périodes de trente jours et de la possibilité de négociations, bien que ces dernières ne soient nullement garanties. Il est question uniquement de notifier les provinces, ce qui est insuffisant. Nous vous engageons vivement à revenir sur la question pour voir s'il n'y aurait pas moyen de rendre les négociations obligatoires. Si le gouvernement décide d'imposer des pénalisations ou si un gouvernement provincial perdait un certain paiement, ne pourrait-on pas, outre le délai de 30 jours, prévoir également des négociations obligatoires entre les autorités fédérales et provinciales.

[Texte]

necessity for negotiation between the two partners during that time?

Even if we pass on from this clause, what I would suggest to the chairman is that perhaps it could be stood until the government has taken a second look at this to see whether or not there is a possibility of coming up with some mechanism which would relieve what now looks like a very arbitrary mechanism, a very arbitrary means for the federal government to move only.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, the Minister has indicated that she believes she has gone as far as she can in suggesting an amendment, which the committee has now accepted, to "improve" the possibility of political appeal. I do not think we should discount, in the area of federal-provincial negotiations or discussions, the importance of political appeal, because provincial governments are not like ordinary citizens; they have resources; they have access to the media; they have access to Members of Parliament. Parliament, in an area of a federal-provincial conflict, is an appeal procedure, and it happens once in a while that whenever there is an area of federal-provincial conflict, it is raised in Parliament, sometimes every week, either through question period or supply motions, opposition days, or that sort of thing. One must keep in mind also, Mr. Chairman, that all orders made . . . On page 10, Clause 15(3) indicates that, I go down to line 27:

. . . the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

That means that the Minister will have to be concerned when he or she makes a report to Cabinet about an order, that that order would be examined in Parliament.

Then, in Clause 23, the annual report, under the administration and operation of this Act, will also automatically be referred to Parliament.

• 1205

So, Mr. Chairman, I do not think one should discount the appeal procedures of Parliament itself when you are dealing with federal-provincial matters; in other words, when the rights of a provincial government are perceived to have been aggrieved rather than the rights of an individual. I guess it is fair to say that for individuals Parliament is too cumbersome an appeal procedure, but for provincial governments I think it is a good one. It provides more time to the provincial minister concerned to write his Members of Parliament, or call them, or ask that this be considered by Parliament. I think it does go a long way to provide this kind of procedure.

As I said before, I am not here to edit or correct amendments—I am not making the motion, but at least I will be open to discuss it myself personally. I do not know if it would be procedurally acceptable, but maybe an order under the new subclause (4) of Clause 15 could provide that the order could not be made if Parliament were not sitting, that sort of thing. I

[Traduction]

Je propose donc que l'on réserve cet article pour permettre au gouvernement de l'étudier plus à loisir afin de rendre la démarche du gouvernement fédéral moins arbitraire.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: D'après le ministre, elle a fait un effort maximum dans cet amendement pour étendre l'éventualité d'une intervention politique. Il ne faut pas oublier en effet que lors de négociations fédérales-provinciales, l'aspect politique des choses est très important, les gouvernements provinciaux ayant à leur disposition des moyens financiers, ainsi que l'accès aux médias et aux députés. En cas de conflit entre le fédéral et le provincial, le Parlement sert en quelque sorte de tribunal, les députés pouvant intervenir à ce sujet lors de la période des questions, lors d'un vote sur une loi de finance ou au cours des journées consacrées à l'opposition. En outre, tel que précisé à l'article 3 page 10 ligne 20:

. . . le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Le ministre devra donc veiller à ce que tout décret soumis au Cabinet ait été examiné par le Parlement.

D'après l'article 23, le Parlement sera automatiquement saisi du rapport annuel sur l'application et la mise en oeuvre de la loi.

Donc, monsieur le président, je pense qu'il faut tenir compte du fait que le Parlement lui-même peut agir à titre de cour d'appel en ce qui concerne les questions d'intérêt fédéral et provincial; autrement dit, lorsqu'on croit qu'il y a eu violation des droits d'un gouvernement provincial, par opposition à un particulier. Je crois qu'il est probablement juste de dire que le Parlement représente une tribune d'appel un peu trop compliquée pour la plupart des gens, mais par contre, c'est très bien pour les gouvernements provinciaux. Un ministre provincial peut écrire aux députés, les appeler ou leur demander que cette question soit étudiée par le Parlement. Je crois que ce dernier est peut-être la tribune idéale pour ce genre de procédé.

Comme je l'ai dit plus tôt, je ne suis pas ici pour réviser ou corriger les amendements présentés—ce n'est pas moi qui présente la motion, mais j'aimerais tout de même en parler ouvertement et vous donner mon opinion personnelle. Je ne sais si ce que je vais vous proposer serait conforme à la procédure normale, mais on pourrait peut-être préciser au nouveau

[Text]

do not know if that would be procedurally acceptable, but at least it would provide a safety net of some kind, where members could be sure that they would have an opportunity to raise this at the time it is being made. They will have the opportunity, if the House is not sitting, 15 days after the House is sitting, according to subclause (3).

But, Mr. Chairman, I believe the possibility of a provincial government to make its case public is adequate in the Bill, as it is now, and it is reasonable. Normally, when you have application, for example, to quasi-judicial bodies like the CTC or the CRTC, the appeal is to the Governor in Council, the appeal is not outside. So one wonders why you would want to give provincial governments a special status here. If it is good enough for individuals who apply to a quasi-judicial body, just to have an appeal to the Governor in Council—there is no more appeal except the Federal Court, as my friend Mr. Allmand has said—why would you want to give provincial governments more rights than an individual in this case?

The Chairman: Mr. Lachance, then Mr. Blaikie. Mr. Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, je pense qu'on ne peut indéfiniment tourner autour du pot. Ce dont il s'agit dans ces trois articles, c'est, bien sûr, d'une procédure qui fait suite à l'identification par le ministre d'un bris à une des cinq conditions précisées dans le projet de loi. Cette identification, bien entendu, procède de considérations subjectives de la part du ministre visé, ce qui est normal, qui, de fait, incitent le ministre à penser qu'il y a eu bris. Il ne faut pas se leurrer; il est de l'essence de la responsabilité ministérielle et de la responsabilité, dans le cas présent, du ministre de la Santé, de s'assurer que les conditions soient respectées par tous les participants et, en particulier dans le cas présent, par les provinces.

Or, à un moment donné, on décide d'activer le mécanisme de consultation qui débouche éventuellement sur des pénalités prévues par la Loi.

Le recours approprié pour discuter de ce jugement de valeur du ministre, c'est, bien sûr, le processus politique, beaucoup plus qu'un processus d'appel par tiers parti, qui devrait, à son tour, porter un jugement de valeur sur ce présumé bris des conditions. C'est au ministre à prendre cette décision et en assumer la responsabilité. Et par le principe de l'imputabilité exécutive en Chambre, c'est au processus politique de veiller à ce que le ministre n'ait pas pris cette décision à la légère et de rendre le ministre imputable devant les élus. C'est de cela dont il s'agit ici.

Le ministre a, bien sûr, la responsabilité de décider, mais de ce fait, il a aussi la responsabilité d'expliquer. Il s'agit là d'un processus politique. C'est la raison pour laquelle je considère que la mécanique de consultation prévue, qui est fort élaborée,

[Translation]

paragraphe (4) de l'article 15 qu'aucun décret ne pourrait être pris si le Parlement ne siègeait pas, par exemple. Je ne sais si ce serait conforme à la procédure normale, mais ce genre de précision nous donnerait quand même un mécanisme de sécurité, de sorte que les députés soient certains de pouvoir soulever la question des décrets au moment où ils sont pris. Selon le paragraphe (3), si la Chambre ne siègeait pas, ils auraient l'occasion de soulever la question 15 jours après le retour des députés à la Chambre.

Mais, monsieur le président, je crois qu'un gouvernement provincial a déjà la possibilité de présenter ses arguments en public dans le projet de loi, tel qu'il est rédigé à l'heure actuelle. Normalement, lorsqu'on a affaire à des organismes quasi-judiciaires comme la C.C.T. ou le C.R.T.C., on interjette appel auprès du gouverneur en conseil. Donc, on peut se demander pourquoi les gouvernements provinciaux auraient une situation particulière. Si les particuliers ayant fait une demande auprès d'un organisme quasi-judiciaire doivent se contenter d'interjeter appel auprès du gouverneur en conseil—d'ailleurs, comme mon ami, M. Allmand, l'a dit, il n'y a aucune autre cour d'appel, à part la cour fédérale—pourquoi faudrait-il donner aux gouvernements provinciaux davantage de droits qu'on en donne à un particulier dans la même situation.

Le président: M. Lachance, et ensuite M. Blaikie. Monsieur Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, there is no doubt we could continue to beat around the bush forever. But what is being discussed in these three clauses is a procedure which follows identification by the Minister of non-compliance with one of the five conditions stipulated in the bill. Obviously, this is based on the Minister's subjective view of the situation, which is perfectly natural, and it would be up to the Minister to decide whether there had been non-compliance. But let us not kid ourselves; the very essence of Ministerial responsibility and, in this case, responsibility on the part of the Minister of Health and Welfare resides in he or she insuring that the criteria are met by all the participants and, particularly in this case, by the provinces.

At one point, a decision may be made to activate the consultation mechanism which could eventually lead to the imposition of penalties provided for in the act.

The appropriate process to discuss the Minister's judgment is, of course, the political process, much more than a third-party appeal process, which should also make a value judgment on the alleged non-compliance. But it is up to the Minister to take decisions and to be responsible for those decisions. And on the basis of the principle of executive accountability in the House, it is up to the political process to make certain that the Minister has not made her decision frivolously and to make the Minister accountable before the elected representatives of the people. That is the essential point which must be made in this debate.

Of course, the Minister has the responsibility to decide but, by the same token, also has the responsibility to explain his or her decisions. That is part of the political process. That is the reason why I consider that the consultation mechanism

[Texte]

doit finalement déboucher sur une décision, et cette décision est, par définition, une décision exécutive. Ensuite, c'est au ministre d'expliquer et de justifier cette décision devant la Chambre.

• 1210

J'ai écouté les arguments de mon collègue, M. Breau et, pour s'assurer que ce processus politique joue non seulement au niveau des législatures provinciales concernées, mais aussi au niveau du Parlement du Canada, on pourrait imaginer éventuellement une précision dans l'article qui suspendrait l'application de la pénalité au fait que la Chambre puisse en prendre connaissance.

Cela dit, je réitère que, pour moi, c'est un problème de nature exécutive qui trouve sa sanction dans le processus d'imputabilité exécutive devant le Parlement du Canada. Je ne vois pas, dans le cas présent, comment on peut proposer comme solution à ce problème d'imputabilité exécutive un tribunal indépendant, car de qui dépendra ce tribunal indépendant et à qui devra-t-il rendre compte? D'ailleurs M. Epp, dans son amendement qui a été rejeté, le reconnaissait, puisqu'il astreignait cette décision au pouvoir prééminent du ministre en conseil de prendre la décision qu'il ou elle jugeait bonne en temps utile.

Alors, on tourne autour du pot. Il s'agit bel et bien ici d'une responsabilité exécutive que le ministre assumera à bon ou à mauvais escient et dont elle ou il devra rendre compte au Parlement. Je considère que la mécanique de consultation, qui est fort élaborée, je le répète, est suffisante pour faire jouer ces rouages d'imputabilité politique qui sont évidemment nécessaires pour que soit respecté l'équilibre des forces en présence.

The Chairman: Your comments are very well taken, Mr. Lachance, but members have an opportunity to speak as much as they like.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, what I think is important in this debate about Clause 15 is the contention that the clause, even as amended by the government, provides for an inordinant amount of authority to be placed in the hands of the federal government—in this case, through the instrument of the Minister. What is important, I think, is that we find a way to lessen, if not completely eliminate, the extent to which the process can be perceived as completely arbitrary on the part of the federal government.

Now, my preference, as I indicated earlier, was for that arbitrariness to be reduced by providing in the process an ongoing place for a committee of the House of Commons, presumably the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. That was rejected—not only procedurally, but also substantively. The amendment that was suggested and that was rejected on procedural grounds by my Conservative colleagues would also have provided for a lessening of that arbitrary nature. I think we do have a third alternative, which

[Traduction]

provided for in the bill, which is quite elaborate, must eventually lead to a decision which, by definition, is an executive decision. It is then up to the Minister to explain and justify her decision before the House.

I listened to the arguments put forward by my colleague, Mr. Breau, and in order to ensure that the political process is effective in terms not only of the provincial legislatures but of the Parliament of Canada, it might be possible to add a provision to the clause in question which would suspend the application of a penalty to allow the House to become acquainted with the facts of the situation.

Having said that, I would simply like to repeat that as far as I am concerned, this is really a problem of an executive nature which finds sanction in the whole process of executive accountability before the Parliament of Canada. I fail to see how one could possibly propose using an independent tribunal to solve a problem of executive accountability, because then it is a question of who will be accountable for this independent tribunal? Indeed, Mr. Epp recognized this in the amendment he moved which was lost, as any decision was to be subject to the discretionary powers of the Minister and council and, accordingly, to be taken in due course on the basis of his or her own judgment.

So, I believe we are just beating around the bush here. There is no doubt that we are talking about an executive responsibility that the Minister will exercise properly or otherwise and for which she will be held accountable to Parliament. I consider that the consultation mechanism, which is extremely elaborate, as I have already said, is sufficient to get the wheels of political accountability, which are certainly necessary to maintain a balance between opposing forces, not only working but working effectively.

Le président: Nous apprécions vos commentaires, monsieur Lachance, et les députés peuvent continuer d'en parler aussi longtemps qu'il le voudront.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, ce qui me semble important dans ce débat sur l'article 15, c'est qu'on prétend que l'article en question, même modifié par le gouvernement, accorde des pouvoirs excessifs au gouvernement fédéral et, en l'occurrence, au ministre. Je crois qu'il faudrait essayer de diminuer et peut-être d'éliminer complètement la possibilité qu'on considère ces pouvoirs du gouvernement fédéral comme tout à fait arbitraires.

Ma préférence, comme je vous l'ai indiqué tout à l'heure, serait d'y procéder en précisant un rôle important pour un comité de la Chambre des communes, probablement le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales. Mais on a rejeté non seulement la forme de ma proposition, mais aussi le fond. L'amendement proposé et rejeté par mes collègues conservateurs pour une question de procédure aurait permis de diminuer le caractère arbitraire de ces pouvoirs. Je crois qu'il y a également une troisième possibilité, que j'ai

[Text]

I intend to move whenever we get to that point; that is, that we try once again, only this time without saying anything about committees, to bring . . .

The Chairman: Are you going to move an amendment now?

Mr. Blaikie: Whenever you let me know that it is okay.

The Chairman: I think we would like to, but I had a couple of people on my list beforehand.

Mr. Blaikie: I realize that; that is why I did not move it. I just want to speak to the general problem now.

The Chairman: All right.

Mr. Blaikie: The problem is to find a forum in which provinces can have the satisfaction of more than a simple exchange of letters—however delayed the consequences of such letters might be as a result of the amendments that the government brought forward earlier and which have already been incorporated. We have a number of options there, some of which have disappeared already. The one I earlier suggested disappeared; the one suggested by the Conservatives just recently has now disappeared. I think we have a third option, which is to involve the Parliament in another way, in a way that I will suggest when I get to my amendment. Maybe I will leave it at that, and whenever . . .

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: —you think it is appropriate, Mr. Chairman, I will move it.

• 1215

The Chairman: All right. Thank you, Mr. Blaikie.

I have Mr. Allmand, Mr. MacLellan; I hope for brief comments. I would like to get Mr. Blaikie's amendment and dispose of that, if possible, before lunchtime. That is the last amendment we have on Clause 15.

Mr. Allmand, a brief comment.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, we are still discussing this as if this is predominately a political decision to be appealed from, and I submit that it very clearly is not. The controlling words are in Clause 14, which says that where the Minister is of the opinion that a provincial plan ceases to satisfy the criteria described in sections 8 to 12, or in section 13. In other words, the Minister, in initiating this process, is coming to an opinion on whether criteria set out in the law are satisfied or not. That is a purely legal question. Those criteria are set out in great detail in Clauses 8 to 12, and in Clause 13.

The only area where there is any discretion is the amount to which the payment can be reduced in Clause 15—the quantum of the reduction, or the entire one. But even there, I would submit, the courts would consider that a legal question and not a political one.

[Translation]

l'intention de vous proposer en temps opportun; je crois que nous pourrions essayer de faire la même chose sans parler des comités . . .

Le président: Avez-vous l'intention de proposer un amendement tout de suite?

M. Blaikie: Dès que vous m'indiquerez que c'est le moment de le faire.

Le président: Nous aimerions recevoir votre amendement, mais il faut d'abord que je donne la parole à certains députés dont le nom figurait déjà sur ma liste.

M. Blaikie: Oui, je m'en rend compte; c'est justement pourquoi je ne l'ai pas proposé tout de suite. Je me contenterai de parler de généralités pour l'instant.

Le président: D'accord.

M. Blaikie: La difficulté est de trouver une tribune qui permettra aux provinces d'avoir plus qu'un simple échange de lettres—même si l'effet de ces lettres éventuelles serait retardé à cause des amendements présentés par le gouvernement et qui ont déjà été adoptés. Nous avons un certain nombre de possibilités, dont certaines ont déjà été rejetées. Celle que j'ai proposée tout à l'heure a été rejetée et celle que les conservateurs viennent de proposer a également été rejetée. Je pense que nous avons tout de même une troisième possibilité, à savoir de faire participer le Parlement d'une façon différente et j'ai l'intention de vous faire une proposition précise dans mon amendement. Je pense que je terminerai là-dessus, et dès que vous le jugerez . . .

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: . . . utile, monsieur le président, je proposerai mon amendement.

Le président: D'accord. Merci, monsieur Blaikie.

Messieurs Allmand et MacLellan ont demandé à faire de courtes interventions. Je voudrais si possible finir avant le déjeuner avec l'amendement proposé par M. Blaikie. Il s'agit du dernier amendement à l'article 15.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Nous continuons à parler comme s'il s'agissait d'une décision politique alors que tel n'est pas le cas. L'article 14 stipule en effet qu'au cas où le Régime d'assurance-santé d'une province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8, 12 et 13, le ministre renvoie l'affaire devant le Gouverneur en conseil. Il s'agit en l'occurrence d'une question purement juridique, le critère y a été énuméré en détails aux articles 8 à 13.

La seule chose qui n'est pas fixée à l'avance est le montant par lequel les versements aux provinces peuvent être réduits tel que prévu à l'article 15. Mais même dans ce cas, les tribunaux sont certainement d'avis qu'il s'agit d'une question juridique et non pas politique.

[Texte]

Consequently, I am almost fully convinced that this is something the courts would deal with. If the minister in her opinion said that the criteria in Clauses 8 to 12 would cease to be complied with, the court would decide on appeal whether that in fact is correct, because the criteria are set out very specifically there. If the penalty that the government, through Order in Council, should issue on that opinion was unreasonable, I think the courts also would issue their opinion based on reasonable criteria.

I feel, before we discuss this any further, these particular points, we should look at those provisions and get a legal opinion. I am personally convinced it is fully covered; that it is not a political decision, it is a legal decision.

Mr. Blaikie: Your colleagues are saying it is a political decision.

Mr. Allmand: Well, I do not agree with them on that.

The Chairman: All right. Mr. MacLellan.

Mr. Allmand: And I think if you look at Clause 14, it is an opinion on the criteria in Clauses 8 to 12 and 13; and that is legal. The amount of the reduction can be considered a political decision, but the courts would not accept a completely unprincipled reduction; it would have to be in accordance with some rules of justice and fair play.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: I agree with the remarks Mr. Allmand has made.

Mr. Chairman, I think you have made your decision, and it is certainly possible, if Mr. Epp wants to bring forward another amendment, that we will look and look at it, but I think this would be a good point at which to adjourn, and perhaps commence this afternoon's session with Mr. Blaikie's amendment.

The Chairman: Is there general agreement on that?

Some Hon. Members: Agreed.

The Chairman: We will adjourn until 3.30 this afternoon.

AFTERNOON SITTING

• 1542

The Chairman: Order please.

We will carry on with the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are considering Clause 15. Mr. Blaikie, you have an amendment, I believe.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I move that Clause 15 of Bill C-3 be amended by striking out line 30 on page 10, and substituting the following:

made, and said order and statement shall be subject to an affirmative resolution of concurrence by each House of Parliament.

[Traduction]

Je suis donc pratiquement sûr que les tribunaux accepteraient de se saisir de questions de ce genre. Si le ministre déclarait qu'à son avis les critères prévus aux articles 8 à 12 n'étaient pas respectés, ce serait aux tribunaux de se prononcer sur le bien-fondé de cette accusation, les critères étant clairement énumérés. En outre les tribunaux décideraient également si la pénalisation imposée par le gouvernement par voie de décret en conseil est exagérée ou non.

J'estime que nous devons obtenir un avis juridique à ce sujet car il s'agit à mon avis d'une décision juridique et non pas politique.

M. Blaikie: Vos collègues prétendent que c'est bel et bien une décision politique.

M. Allmand: Je ne suis pas d'accord avec mes collègues à ce sujet.

Le président: D'accord. Monsieur MacLellan.

M. Allmand: L'article 14 qualifie les critères prévus aux articles 8 à 13, ce qui est une question juridique. Le montant des réductions pourrait effectivement être considéré comme une question politique, mais de toute façon les tribunaux n'accepteraient pas de réduction tout à fait arbitraire. Les réductions devraient être équitables.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Je suis tout à fait d'accord avec M. Allmand.

Si M. Epp soumet un nouvel amendement, nous pourrions bien entendu l'étudier mais je pense que nous devrions maintenant lever la séance pour reprendre cet après-midi avec l'amendement de M. Blaikie.

Le président: Tout le monde est d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: La séance est levée jusqu'à 15h30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Nous reprenons notre étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous en sommes à l'article 15. Monsieur Blaikie, je pense que vous avez un amendement.

M. Blaikie: Monsieur le président, je propose que l'article 15 du projet de loi C-3 soit modifié par la suppression de la ligne 30, page 10, et son remplacement par ce qui suit:

séance de celle-ci suivant la prise du décret, et le décret de même que l'exposé doivent faire l'objet d'une résolution affirmative portant adhésion devant chaque Chambre du Parlement.

[Text]

With your permission, Mr. Chairman, I will speak to it.

The Chairman: Yes, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Well, Mr. Chairman, this is the third option, if you will. We have seen, for various procedural and also substantive grounds, the rejection of two other proposals, whereby we might lessen the unilateral nature of the power given to the Minister of National Health and Welfare when it comes to the nondiscretionary aspects of the bill vis-à-vis provinces that, in the minister's opinion, are seen to be in violation of the principles of medicare.

What we have here is not the process which I initially suggested, which would have seen an expanded role for the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs; neither is it the appeal process suggested by my Conservative colleagues, but what it does do is require, not only that the minister lay before Parliament the order which the minister intends vis-à-vis provinces, but that Parliament have to give its approval of this. This goes back to some remarks that were made earlier by the Member from Gloucester and others as to the adequacy of the provisions that are already in the bill.

I do not believe they are adequate for debate. I think all of us who know anything about Parliament know that the provisions here are only that the order and statement be laid before each House of Parliament; it does not say anything about debate, length of debate, or whether there will be any debate for that matter. It could just simply be a tabling of the order. There is no guarantee of any debate, and certainly no provision whatsoever of any parliamentary approval.

What I am suggesting is not anything new, Mr. Chairman. There are many precedents for an Order in Council's requiring the assent of Parliament. I cite only as examples the Immigration Act, the Unemployment Insurance Act, the Clean Air Act, the Criminal Code, the Customs and Tariffs Act, the Export Act, Organization of Government Act, the Hazardous Products Act, the Native Claims Settlement Act, the Old Age Security Act, the War Measures Act, etc. Unfortunately, it is not anything particularly innovative; what I suggested earlier was, but that was rejected. What we can do here is at least provide for parliamentary approval, and thus give legitimacy that it would otherwise lack, to any move on the part of a National Health and Welfare Minister to penalize provinces. I think this is very important when you get down to a situation—hopefully we will never come to such a situation... in which the minister will be moving to penalize provinces in a discretionary way; that is to say in a way that provinces could not have anticipated in the same way that they can anticipate penalties if they allow extra billing to continue or if they implement or continue to allow user fees.

[Translation]

Avec votre permission, monsieur le président, j'explique mon amendement.

Le président: Je vous en prie, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: C'est en quelque sorte ma troisième option, monsieur le président. Pour diverses raisons, ayant trait à la forme et au fond, ont déjà été rejetées deux propositions antérieures qui auraient pu réduire quelque peu le pouvoir unilatéral du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social relativement aux dispositions non discrétionnaires du projet de loi vis-à-vis des provinces qui, de l'avis du ministre, violent les principes fondamentaux du régime d'assurance-santé.

Mon amendement actuel n'a rien à voir avec la procédure que j'ai déjà proposée qui aurait accordé un rôle plus grand au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Il n'a rien à voir non plus avec la procédure d'appel proposée par mes collègues conservateurs. Ce qu'il fait, c'est obliger le ministre à déposer devant le Parlement, pour son approbation, le décret dont il menace les provinces. Un amendement qui rejoint les préoccupations déjà exprimées par le député de Gloucester et d'autres, relativement à la valeur des dispositions qui se trouvent déjà dans le projet de loi.

Je ne pense pas que ces dispositions permettent vraiment le débat. Ceux d'entre nous qui connaissons un peu le fonctionnement du Parlement savons que ces dispositions ne prévoient que le dépôt du décret et de l'exposé devant chaque Chambre du Parlement. Il n'y est nullement question d'un débat, de la durée d'un tel débat. Il est fort possible qu'il n'y ait pas de débat. Il se peut que le décret soit tout simplement déposé. Il n'y a aucune garantie indiquant qu'il doit y avoir un débat, et certainement aucune disposition requérant l'approbation du Parlement.

Ce que je propose, monsieur le président, n'a rien de révolutionnaire. Il y a beaucoup de précédents qui font que certains décrets du conseil exigent l'approbation du Parlement. Des tas d'exemples se trouvent dans la Loi sur l'immigration, la Loi de l'assurance-chômage, la Loi sur la lutte contre la pollution atmosphérique, le Code criminel, le tarif des douanes, la Loi sur les exportations, la Loi sur l'organisation du gouvernement, la Loi sur les produits dangereux, la Loi sur le règlement des revendications des autochtones, la Loi sur la sécurité de la vieillesse, la Loi sur les mesures de guerre et d'autres. Ce n'est rien de nouveau, malheureusement. Ma proposition antérieure ayant été rejetée, je tiens à ce que le Parlement au moins donne son approbation et ainsi légitimise toute mesure que pourrait prendre le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vue de pénaliser les provinces. Autrement, la question de la légitimité pourrait se poser. C'est très important, devant la possibilité, ... et il est à espérer que la situation ne se présentera jamais, ... devant la possibilité, donc, que le ministre décide de pénaliser certaines provinces à partir de pouvoirs discrétionnaires, c'est-à-dire dans des circonstances autres que celles auxquelles elles auraient pu s'attendre si elles avaient continué à permettre la surfacturation ou les frais modérateurs.

[Texte]

[Traduction]

• 1545

It would be a very politically touchy event when and if the Minister feels that he or she has to do this. I think the involvement of Parliament would not only provide a forum—if the provinces had a case, a defence could be provided by members of Parliament who felt that the province or provinces did have a case... it would also give political clout and political legitimacy to whatever penalty would be applied to a province, if that penalty arose not just as the result of ministerial intention after consultation. The various lapses of time that are provided for in these clauses as they now stand, or as they were amended by the government this morning are not enough.

I do not see why there should be any fear of this kind of amendment. If national Ministers of Health are going to have a case against provinces for violating universality, the provision of information, visibility, portability or whatever the case may be, I do not see what the objection would be to having the Minister come before Parliament and seek the approval of the House for any kind of measure that was intended against a province or provinces.

This would go a long way towards meeting some of the concerns that many members have expressed about the arbitrariness of the Bill as it now stands. It would also go a long way towards meeting some of the concerns raised by witnesses about the authority given to the Minister in this Clause. Many contended, not only the provinces, but also disinterested witnesses and even those who have called upon the Minister to be tough with the provinces, that in this area there was a degree of authority vested in the Minister of Health and Welfare that was inconsistent with the healthy development of co-operative federalism.

In order to meet all those concerns, Mr. Chairman, I think the committee should consider very seriously accepting this amendment.

The Chairman: Mr. MacLellan, do you have any comments?

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman. What I was going to say has already been said, and I am not going to go through the whole discourse again. I think it is sufficient to say that proper safeguards are already in place; that to do this here would be an over-complication of what is necessary to insure that the proper democratic and Parliamentary safeguards are in place. I just do not see any need for it. In my opinion, it would just be an encumbrance and an unnecessary obstacle that would have to be met. I do not think it would be an improvement; to the contrary, I think it would be detrimental in dealing with amendments to this Act.

The Chairman: Dr. Halliday.

Dr. Halliday: Mr. Chairman, two matters more, just a technicality. One is that it is not line 30; it is line 31. Secondly, I do not think there is such a thing as an affirmative motion. I think all motions are affirmative and you would not leave that word "affirmative" in there.

Il pourrait se présenter des situations politiques très délicates si jamais le ministre décidait de procéder de cette façon. Non seulement le Parlement pourrait offrir une tribune aux provinces, les provinces pourraient avoir de bons arguments, une bonne défense que pourraient faire valoir les députés au Parlement qui seraient d'accord avec elles, mais encore il ajouterait à la valeur et à la légitimité politique des pénalités qu'il pourrait éventuellement imposer, surtout si ces pénalités survenaient autrement qu'après consultation. Les divers délais prévus dans ces dispositions telles qu'elles sont rédigées, ou telles qu'elles ont été modifiées ce matin par le gouvernement, ne sont pas suffisants.

Je ne vois pas pourquoi le Comité craindrait cet amendement. S'il se trouve que les ministres nationaux de la Santé ont des reproches à faire aux provinces relativement aux principes de l'universalité, de l'information, de la visibilité, de la transférabilité ou d'autres choses, je ne vois pas pourquoi ils hésiteraient à se présenter au Parlement et à demander l'approbation de la Chambre en vue de toutes mesures qui pourraient être prises à l'encontre de ces provinces.

Ce serait une façon de répondre dans une large mesure aux préoccupations de certains députés relativement au caractère arbitraire du projet de loi tel qu'il est rédigé actuellement. Ce serait également tenir compte des inquiétudes exprimées par les témoins au sujet des pouvoirs accordés au ministre en vertu de cet article. Parce qu'il n'y a pas eu que les provinces; plusieurs témoins parfaitement neutres, même chez ceux qui souhaitaient que le ministre se montre ferme à l'égard des provinces, ont estimé que l'importance des pouvoirs accordés au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ici allaient à l'encontre du développement normal d'un fédéralisme coopératif.

Pour toutes ces raisons, monsieur le président, je pense que le Comité devrait envisager sérieusement la possibilité d'adopter cet amendement.

Le président: Vous avez des observations, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Ce que je voulais dire, monsieur le président, a déjà été dit. Je ne vais pas reprendre ici tous ces arguments. Je répète que les garanties suffisantes sont déjà données. L'amendement ne servirait qu'à compliquer encore davantage les mesures prises en vue d'assurer le déroulement du processus démocratique et parlementaire. Donc, je ne vois pas la nécessité de l'amendement. À mon avis, il ne présente qu'une nuisance et qu'un obstacle. Il est loin de représenter une amélioration. Au contraire, il risquerait de nuire aux autres amendements qui doivent être apportés à cette loi.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: D'ordre technique, seulement, monsieur le président. D'abord, il devrait s'agir de la ligne 31 plutôt que de la ligne 30. Deuxièmement, je ne vois pas pourquoi il est question d'une motion affirmative. Toutes les motions sont affirmatives.

[Text]

The Chairman: Mr. Blaikie changed the wording there to "affirmative resolution", Dr. Halliday; and there is quite a bit of precedence allowing an affirmative resolution of that kind, procedurally.

Are there any further comments on the amendment? Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, if there are no further comments, then I would like to claim my right to sum up, as the mover of the amendment . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, you have the floor.

Mr. Blaikie: —and speak to the Honourable Member who said he did not see any need for this. If there is nothing like this in the Bill, and you get a federal Health Minister who has got a vendetta against the provinces, there is absolutely no power of recall in this at all. All the Minister has to do, if that is all the Minister wants to do, is simply go through the motions and then put whatever penalties he or she likes on the provinces. There is no power of appeal; there is no opportunity for anyone else to make a judgment—in this case the House of Commons and the Senate, as I have suggested in my amendment.

• 1550

I do not see how anybody can, with any kind of self-respect, say that what we have before us is adequate in those terms. It is simply not. In spite of giving them 30 days or 90 days and they have to get the letter first and they have to do this, in the final analysis the Minister, if this bill stays the way it is, can do what he or she bloody well likes as far as penalizing provinces.

I do not have any apologies to make to anyone here or anywhere else about calling on the federal Minister of Health to be tough with the provinces. I have done that many, many times in the House with respect to extra-billing and user fees. But there is such a thing as due process. What we do not have in this bill with respect to the discretionary penalties clause is due process. All we have, in the final analysis, is the opportunity for the Minister of Health . . . Regardless of whether the federal government in future ever decides to renegotiate the federal funding relationship, regardless of whether the federal government ever decides to provide another penny to medicare in the provinces, regardless of whatever the federal government does, if this bill stays the way it is they can just do what they like. I think that is wrong. I think that members who want to advocate that this kind of authority be vested in the Minister of Health and Welfare, without providing for any opportunity in the bill for there to be a debate on it, for there to be a place where the provincial case could be made, are just plain irresponsible.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman. As I say, I . . .

[Translation]

Le président: M. Blaikie modifiait son libellé et parle maintenant d'une «résolution affirmative». Il y a beaucoup de précédents qui permettent de demander une telle résolution affirmative.

Y a-t-il d'autres observations au sujet de l'amendement? Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: S'il n'y a pas d'autres observations, monsieur le président, je tiens à résumer les faits, en tant qu'auteur de l'amendement . . .

Le président: Vous avez la parole, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: . . . et à répondre à l'honorable député qui ne voit pas la nécessité de l'amendement. Sans une telle disposition dans le projet de loi, si un ministre fédéral de la Santé a une dent contre certaines provinces, il est impossible de révoquer quelque mesure qu'il pourrait prendre. Tout ce que le ministre a à faire, s'il en a décidé ainsi, c'est de mettre le processus en route et d'imposer les pénalités qu'il désire. Il n'y a aucun pouvoir d'appel. Personne ne peut porter de jugement, ni même la Chambre des communes ou le Sénat, comme mon amendement le voudrait.

Je ne vois pas comment quelqu'un qui a le moindre respect pour soi peut prétendre que les dispositions que nous avons devant nous sont suffisantes à cet égard. Elles sont loin de l'être. Le ministre peut accorder aux provinces des délais de 30 jours ou de 90 jours, il peut leur envoyer des lettres leur disant qu'elles doivent faire telle ou telle chose, mais en dernière analyse, si le projet de loi reste tel quel, il peut faire à peu près ce qu'il veut en vue de pénaliser les provinces.

Je souhaite que le ministre fédéral de la Santé se montre ferme avec les provinces. Je ne m'en excuse auprès de personne. Je suis déjà intervenu plusieurs fois à la Chambre relativement aux questions de la surfacturation et des frais modérateurs. Il reste qu'il faut que la loi s'applique de façon régulière. Or, il n'y a rien dans ce projet de loi qui relève de l'application régulière de la loi pour ce qui est des pénalités discrétionnaires prévues à l'endroit des provinces. Il y est simplement indiqué qu'en dernière analyse le ministre de la Santé . . . Quoi qu'il arrive à l'avenir, que le gouvernement fédéral décide ou non de renégocier ses formules de financement avec les provinces, qu'il décide ou non d'accorder aux provinces un seul autre cent aux fins de l'assurance-maladie, si le projet de loi reste tel quel, le gouvernement peut faire à sa guise. Selon moi, c'est inacceptable. Selon moi, c'est faire preuve d'irresponsabilité que de préconiser que ce genre de pouvoirs soient conférés au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, sans qu'il y ait une procédure prévue, un débat, sans qu'il y ait un endroit où les provinces puissent présenter leurs arguments.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Merci, monsieur le président. Comme je l'ai dit . . .

[Texte]

Mr. Epp: Sorry, on a point of order. I apologize for interrupting. I would like to respond or intervene, but I thought that when Mr. Blaikie spoke that was the end of the interventions. I just want to know what the ground rules are, and I will abide by them.

The Chairman: Excuse me, Mr. Epp. I have not been following that rule of the mover having a final say. So far we have been able to get along with people having as much say as they want, and not worrying about the order of it. I will go to Mr. MacLellan and then back to you.

Mr. Epp: Thank you.

Mr. MacLellan: Mr. Chairman, there is ample opportunity to discuss any proposed amendments in the House as the matter now stands on opposition days.

Mr. Blaikie made a point when he talked about the possibility of an arbitrary minister. I am sure we may not have a minister who is as sympathetic to the needs of Canadians as our present minister.

Some hon. Members: Hear, hear!

Mr. MacLellan: If we are talking about an arbitrary minister, Mr. Chairman, then certainly an arbitrary minister could do more damage by not putting this subject on the order paper and thereby not having this discussion come up in the House of Commons than by not following through the discussion procedures with the province, which I do not think he or she could avoid. I am more afraid of this being tied up in the procedure that the Hon. Member recommends than the procedure that exists at the present time.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I want to support the amendment. I say through you to the Parliamentary Secretary that I think when he makes the argument that we can discuss this on opposition days, he knows that is as bad an argument as anybody has ever put forward. We have had some bad arguments, but this one tops the cake. He knows full well that on opposition day you cannot amend government legislation.

An hon. Member: You can discuss it.

Mr. Epp: Oh, you can discuss; that is what we are doing right here. That is why we want to use this opportunity. I wanted to make the point, and I think Mr. Blaikie initiated it very well, about due process.

• 1555

I know I cannot refer to amendments now that have been moved previously and have been defeated, but the fact remains that in a number of these amendments there is such a thing as due process. That is what we are trying to get.

The Minister has to be concerned about due process because her own amendments restrict the Bill which she was so fired up in the House about—saying that she was going to take on the

[Traduction]

M. Epp: J'invoque le Règlement. Je m'excuse d'interrompre le député. J'aurais bien voulu intervenir moi aussi, mais je pensais que M. Blaikie avait déjà résumé les faits à la suite des diverses interventions. Je veux bien respecter les règles du jeu, mais il faudrait que je les connaisse.

Le président: Je m'excuse, monsieur Epp. Je n'ai pas respecté jusqu'ici la règle qui veut que l'auteur de l'amendement intervienne une deuxième fois seulement à la fin des interventions. Jusqu'à présent, tout le monde a pu parler autant qu'il le voulait sans avoir à se préoccuper des règles. Je vais permettre à M. MacLellan de faire son intervention, puis je reviendrai avec vous.

M. Epp: Merci.

M. MacLellan: Dans l'état actuel des choses, n'importe quel amendement peut être discuté à la Chambre lors des journées de l'Opposition.

M. Blaikie a parlé de la possibilité d'un ministre arbitraire à l'avenir. Je suis sûr qu'il serait difficile de trouver un ministre plus acquis à la cause des Canadiens que le ministre actuel.

Des voix: Bravo!

M. MacLellan: S'il y avait un ministre arbitraire à un certain moment, monsieur le président, il pourrait se faire plus de tort en n'inscrivant pas cette question au feuillet et en n'engageant pas le débat à la Chambre des communes, il pourrait se faire plus tort en n'engageant pas la discussion préalable avec les provinces. Pour ce qui est des impasses, je craindrais beaucoup plus la procédure proposée par l'honorable député que celle qui existe actuellement.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Je voudrais appuyer l'amendement, monsieur le président. Je voudrais dire au secrétaire parlementaire qu'en faisant valoir que toute cette question peut être discutée lors des journées de l'Opposition il doit savoir à quel point son argument manque de sérieux. Nous avons entendu toutes sortes d'arguments jusqu'ici, mais c'est celui qui remporte la palme. Le secrétaire parlementaire sait très bien qu'il est impossible de modifier les lois du gouvernement lors des journées de l'Opposition.

Une voix: Il peut y avoir discussion.

M. Epp: Comme il y a discussion maintenant. C'est pourquoi nous voulons profiter de la chance qui nous est offerte. M. Blaikie a parlé de l'application régulière de la loi. Je voudrais revenir là-dessus.

Je sais que je ne suis pas censé revenir sur les amendements qui ont déjà été présentés et rejetés, mais leur but, à bon nombre, ne visait qu'à favoriser l'application régulière de la loi.

Le ministre doit être consciente de cette nécessité parce que ses propres amendements ont tendance à limiter le projet de loi au sujet duquel elle montrait pourtant tant d'enthousiasme à la

[Text]

provinces, she was going to take on the doctors, and she was going to take on anybody who did not agree with the scope of the Bill. We see now very much a reduction, a restriction in the scope of the Bill. Well, if that is valid, as is suggested it is—and I agree with the Minister and her officials—then surely having accepted that argument, in order to have some fairness in this system, due process should be worked into this Bill.

I cannot for the life of me understand why, if we have a chance to discuss it on Opposition Day that somehow or other it addresses in any way, shape or form, due process; I still think that due process is valid.

The Chairman: Thank you. I will call the amendment.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I have one last comment on this.

The Chairman: A brief comment, please.

Mr. Blaikie: With respect to what Mr. MacLennan had to say; he cites the example of a Minister who might not want to put this on the Order Paper, and by so doing, prevent the matter from coming up. That is not the kind of minister that I was worrying about; although if that were the case, there is nothing in what the government has proposed that would prevent that kind of Minister from allowing things to slide. All that the kind of minister he hypothetically thought about could do, would be not to initiate the process as it stands in the Bill. The Minister who would be reluctant to move against the provinces is no more checked by the process that the government has suggested, than by what I have suggested.

What my amendment does cover is the Minister who would be over-zealous, and who would benefit from the opportunity of having to have his recommendations put before Parliament. The kind of minister or the hypothetical situation that the member was bringing forward is not the kind of hypothetical situation that is dealt with, in any case.

With respect to Opposition Days, I would just like to second what was already said: We are talking here about something actually having to have the approval of Parliament. Opposition Days, just on the face of it, do not meet that kind of requirement; so let us not have anybody kid anybody else about the value of Opposition Days. For the most part they are useless, and secondly, even those that do have a vote at the end... I am echoing only the analysis of the Committee on Reform that these things need to be changed; Rules of Confidence need to be changed so that there can be more meaningful opportunities for Members of Parliament etc. So let us not have Opposition Days used for anything, as far as amendments here are concerned.

Mr. Epp: In fact, you cannot even do it on Opposition Days.

The Chairman: Order please. I will call the amendment. Mr. Allmand.

[Translation]

Chambre, en disant qu'elle allait faire face aux provinces, qu'elle allait faire face aux médecins, qu'elle allait faire face à n'importe qui oserait s'en prendre aux principes fondamentaux du projet de loi. Nous constatons maintenant une certaine limitation de la portée de ce projet de loi. Si c'est là la bonne direction dans laquelle nous engager, et je suis d'accord avec le ministre et ses hauts fonctionnaires quant à cette direction, nous devons faire en sorte que le projet de loi continue de refléter l'application régulière de la loi.

Je ne vois pas comment on peut prétendre que le fait de pouvoir discuter de cette question lors des journées de l'opposition constitue une preuve que le principe de l'application régulière de la loi est respecté. Et je pense que le principe doit être respecté.

Le président: Merci. Je mets l'amendement au voix.

M. Blaikie : Une dernière observation, si vous le permettez, monsieur le président.

Le président: Une brève observation, s'il vous plaît.

M. Blaikie: Je voudrais revenir sur l'exemple que donnait M. MacLellan des ministres qui pourraient ne pas vouloir inscrire la question au Feuilleton afin d'empêcher qu'il y ait débat. Je voudrais lui dire que ce n'est pas le genre de ministre qui m'inquiète. Même si c'était une possibilité, il n'y a rien dans ce que propose le gouvernement actuellement qui pourrait l'empêcher de procéder de cette façon. Tout ce que pourrait faire ce genre de ministre serait d'engager la procédure qui est déjà prévue dans le projet de loi. Pour ce qui est du ministre qui hésiterait à s'attaquer aux provinces, il ne serait pas plus limité dans son action par mon amendement que par ce que le gouvernement propose.

Tout ce que fait mon amendement c'est de protéger le ministre trop zélé contre lui-même, en lui donnant l'occasion de voir ses propositions examinées par le Parlement. Le genre de situation qui pourrait se présenter à laquelle a fait allusion le député n'est pas du tout celle que veut résoudre l'amendement.

En ce qui concerne les journées de l'opposition, je voudrais simplement confirmer ce qui a déjà été dit. L'amendement requiert de façon précise l'approbation du Parlement. Il est bien évident que les journées de l'Opposition ne pourraient remplacer cette approbation. De toute façon, nous ne devons pas nous faire d'illusions sur la valeur des journées de l'opposition. Pour la plupart, elles ne servent à rien, même lorsqu'elles donnent lieu à la fin... Remarquez bien que je ne fais que reprendre l'opinion du Comité sur la réforme du Règlement qui souhaite des changements à ce niveau. Selon ce Comité, le Règlement sur les questions de confiance doit être modifié de façon à ce que les députés aient davantage l'occasion de se faire entendre. Donc, les journées de l'opposition ne sont pas l'occasion de discuter d'amendements.

M. Epp: De fait, il est impossible de discuter d'amendements lors des journées de l'opposition.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je mets l'amendement aux voix. Monsieur Allmand.

[Texte]

Mr. Allmand: In answer to Mr. Blaikie, he indicates that the Minister could almost do whatever he or she would want. I point out that the Minister must submit her opinion to the Governor in Council. I must tell the Hon. Member that when you have regional Ministers, no matter what province the Minister of Health may be from, . . .

Mr. Blaikie: Regional senators, you mean.

Mr. Allmand: Well, all I can tell the hon. Member is that it is not an easy matter for a Minister, on a serious question such as this, simply to impose a penalty on a province without a lot of discussion in Cabinet and finally getting that Order in Council. So it is not an arbitrary question with respect to the Minister, to begin with.

Secondly, even if I am to a certain extent sympathetic with his proposal, it is open-ended. It requires the affirmative approval of the House of Commons. In an ordinary situation that means that the government, supported by its majority, could rally that majority in favour of an affirmative motion to support the Minister. Since there is no limit on this, as there is in some sections in some acts that provide for a one-day debate, this could be filibustered forever and a day.

• 1600

In other words, the minister could table her order in the House for affirmative approval and simply by debate there would be no decision, even though the government had a majority. It could be carried on and carried on and frustrated by a very small number of people in the House. Although I think the intention of the member is well founded, it is certainly a defective amendment and I cannot support it.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, the squirming is getting all the more humorous. We know that with respect to all these . . .

Mr. Lachance: On a point of order, Mr. Chairman;

The Chairman: A point of order.

Mr. Lachance: I have the same problem as Mr. Epp. For the future of our deliberations I think we should have some sort of system by which the mover of an amendment will speak at the beginning and I will speak at the end; otherwise we will go nowhere but in circles. I do not know whether the debate is finished now by the comments of Mr. Blaikie as mover of the amendment. I am a bit at a loss to understand now how we are organizing our work. Maybe I could ask you for some guidance.

The Chairman: If you would like to do it that way, we can. We have not found it necessary to do it so far.

Mr. Epp: Mr. Chairman, if that had happened, then Russ would not even have had the problem of my having to call him down like I had to.

[Traduction]

M. Allmand: M. Blaikie fait valoir que le ministre pourrait faire presque tout ce qu'il veut. Je lui rappelle que le ministre doit d'abord soumettre son point de vue au gouverneur en conseil. Et je lui rappelle que lorsqu'il y a des ministres régionaux, quelle que soit la province d'où vienne le ministre de la Santé . . .

M. Blaikie: Vous voulez dire des sénateurs régionaux.

M. Allmand: Tout ce que je veux lui dire, c'est que ce n'est pas chose facile pour le ministre, dans des circonstances aussi graves, que d'imposer des pénalités à une province. La discussion risque d'être longue au Cabinet avant qu'il obtienne son décret du Conseil. Il ne saurait donc être question d'une décision arbitraire de la part du ministre.

Deuxièmement, je trouve la proposition du député, même si je lui suis favorable dans une certaine mesure, très lourde de conséquences. Elle parle d'une approbation de la Chambre des communes. En temps normal, cela signifierait que le gouvernement, appuyé par sa majorité, pourrait adopter une motion affirmative concernant la décision du ministre. Mais puisqu'aucune limite n'est prévue en la matière, alors qu'on en prévoit dans certaines lois, où certains articles stipulent qu'une journée sera réservée au débat, on pourrait y faire indéfiniment obstruction.

Autrement dit, le ministre pourrait demander au Parlement de voter une motion d'approbation et après discussion aucune décision ne serait prise, même si le gouvernement avait la majorité. Cette situation pourrait se perpétuer indéfiniment, et un tout petit nombre de députés pourrait s'y opposer. Je ne soupçonne certainement pas les intentions du député, mais l'amendement est vicié et je ne puis le soutenir.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, voilà bien des cérémonies ridicules. Nous savons qu'en ce qui concerne toutes ces . . .

M. Lachance: Un rappel au Règlement, monsieur le président.

Le président: Un rappel au Règlement.

M. Lachance: J'ai la même objection que M. Epp: je crois que nous devrions dorénavant, pour nos délibérations, imposer une sorte de règlement aux termes duquel celui qui propose un amendement aura la parole au début pour le défendre, puis me la cédera, car autrement nous tournons en rond. D'après les observations de M. Blaikie, qui a proposé l'amendement, je ne sais toujours pas si le débat est terminé, et ne comprends pas au juste comment nous nous organisons. Puis-je vous demander vos instructions?

Le président: Si vous voulez adopter cette procédure, c'est possible mais cela ne nous a pas paru nécessaire jusqu'à présent.

M. Epp: Monsieur le président, si cela s'était produit, Russ n'aurait pas même eu à le rappeler à l'ordre comme j'ai dû le faire.

[Text]

The Chairman: If it is the wish of the committee to carry on that way, we will do so. I do not have any other speakers so I will let Mr. Blaikie make his final comments before calling the question.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I do not see any good reason why this cannot be passed. It is obvious that the government does not want this to pass; that they want to leave everything up to the dark mysteries of Cabinet life. I can take no comfort from the fact that this will have to be brought before the Governor in Council, one who is virginal in this regard, having to do with Cabinet life. It is not enough. It is not something the public has access to; it is not something Parliament has access to. What we are seeing here is a continuation of government by Cabinet. It reinforces exactly the same kind of locus of decision making that many people, including some who have just spoken against my amendment, have advocated be de-emphasized. I am just disappointed that they have not seen fit to use this opportunity as an occasion for reinforcing the power of Parliament as opposed to the power of Cabinet.

Amendment negatived.

The Chairman: Order, please. All the government supporters are members of the committee but only five of their votes count; all the people on the opposition side at the present time are members of the committee and all their votes count. But the vote the last time was 5 to 4.

Mr. Epp: Mr. Chairman, we are trying to protect your vote in case you need to break a tie.

The Chairman: Yes, I realize that.

Clause 15 as amended agreed to.

The Chairman: There is a small amendment on Clause 16, I believe. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to move the amendment on G-20 that the French version of Clause 16 of Bill C-3 be amended by striking out line 26 on page 10 and substituting the following:

conditions visées aux articles 8 à 12 ou à

and the French version of the explanation is carried.

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Blaikie, you have an amendment?

Mr. Blaikie: Yes, Mr. Chairman. I move that Clause 16 be amended by striking out line 38 on page 10 and substituting the following:

fiscal year shall be re-imposed subject to an affirmative resolution of concurrence by each House of Parliament.

• 1605

An Hon. Member: That is what I was saying.

[Translation]

Le président: Si le Comité juge bon de continuer ainsi, nous le ferons. Personne n'a demandé à prendre la parole, et je laisserai donc M. Blaikie clore avec ses commentaires avant de mettre la motion aux voix.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne vois aucun argument valable pour ne pas adopter cette motion. Il est évident que le gouvernement n'en a pas l'intention, et qu'il compte enterrer tout cela dans les arcanes du Conseil des ministres. Le fait que ce sera au Gouverneur en conseil de prendre une décision ne me rassure nullement, et ce d'autant plus qu'il n'a nullement l'expérience du Conseil des ministres. Cela ne suffit pas, c'est une question qui est hors de portée du public, et hors de portée du Parlement. Ce à quoi nous assistons ici, c'est un Conseil des ministres qui constitue un prolongement du gouvernement. Cela contribue à circonscrire encore davantage la concentration du pouvoir décisionnaire, état de choses contre lequel beaucoup de gens, y compris certains de ceux qui viennent de s'opposer à mon amendement, se sont élevés. Je suis déçu qu'ils n'aient pas jugé bon de saisir cette chance de renforcer le pouvoir du Parlement au lieu de renforcer celui du Conseil des ministres.

L'amendement est rejeté.

Le président: Un rappel à l'ordre, s'il vous plaît. Tous les gens du parti gouvernemental sont membres du Comité, mais seules compte cinq de leurs voix; tous les gens de l'opposition qui sont présents sont membres du Comité, et toutes leurs voix comptent, mais la dernière fois, le vote était de cinq à quatre.

M. Epp: Monsieur le président, nous essayons de ménager votre voix, au cas où vous devriez départager les voix.

Le président: Oui, je comprends bien.

L'article 15 modifié a été adopté.

Le président: Un petit amendement est proposé à l'article 16, je crois. Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Je vous remercie, monsieur le président.

Je voudrais proposer l'amendement G-20, à savoir que la version française de l'article 16 du projet de loi C-3 soit modifié en supprimant la ligne 26 de la page 10 et en la remplaçant par ce qui suit:

conditions visées aux articles 8 à 12 ou à

Et que la version française de l'explication soit adoptée.

L'amendement est adopté.

Le président: Monsieur Blaikie, est-ce que vous avez un amendement?

M. Blaikie: Oui, monsieur le président. Je propose que l'article 16 soit modifié en remplaçant la ligne 31, page 10 de ce qui suit:

... quées de nouveau pour chaque exercice ultérieur sous réserve de l'approbation par chacune des Chambres du Parlement.

Une voix: C'est bien ce que je disais.

[Texte]

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, if I could speak to my amendment.

The Chairman: Would you speak to it, please.

Mr. Blaikie: What we see here, Mr. Chairman, as we go from 15 to 16, is an even further narrowing and concentration of authority in the Minister of National Health and Welfare. There is no reference here to the Governor in Council, just that if the Minister is not satisfied after consulting with the Minister responsible for health care in the province, the penalty will simply be reimposed. It does not have to go back to Cabinet; it does not have to go to Parliament; it does not have to go to a committee.

Here again, we have an example of what I have said from the very beginning is an inappropriate amount of authority being vested in the Minister with respect to all conditions, other than extra-billing and user fees, for which penalties can be applied on a discretionary basis. I use this opportunity once again to plead with the committee members to see that unless these kinds of amendments are accepted, we are putting the federal-provincial relations in a very, very difficult bind. I do not see the logic.

If a Minister feels that a province, having had the penalty imposed for a year, has not done anything about it, and he wants to reimpose the penalty, if the case is clear and strong why not come before Parliament and ask for that kind of approval?

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Yes. I refrained from commenting on a previous amendment, but I will do so on this one, and it will do for all amendments of the same nature. Already this morning I have expressed myself in terms of how I saw the wording of those sections on executive accountability. For me this executive accountability exists, except that there are different ways to enforce it.

Mr. Blaikie—and it is a legitimate concern—wants to enforce it through legislative affirmative action. I personally think that executive accountability can still be met by the political process and the machinery that is put into place.

It is a different vision of how accountability gets expressed, but it is still accountability; and that is the reason why I do not endorse his way of implementing accountability. This does not mean that there is no accountability. For me, that accountability is achieved through the political process and machinery. You have consultation, reporting and discussion in the House and in committee, whatever committee, of those reports that the minister is duty-bound to table in the House.

This is why I am going to vote against the amendment and all those of the same nature. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Are there further comments before I call a question on the amendment?

The Chairman: All those in favour of the amendment will please raise their hands. All those opposed will please raise their hands.

[Traduction]

M. Blaikie: Monsieur le président, est-ce que je peux défendre mon amendement.

Le président: Certainement, vous avez la parole.

M. Blaikie: En passant de l'article 15 à 16, nous assistons, monsieur le président, à une concentration encore accrue des pouvoirs aux mains du ministre de la Santé et du Bien-être. Aucune référence n'est faite ici au gouverneur en conseil, si ce n'est pour dire que la pénalité sera simplement reconduite si le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue. L'affaire n'est renvoyée ni devant le conseil des ministres, ni devant le Parlement, ni devant un comité.

Nous nous retrouvons ici devant un exemple de ce qui me paraissait, dès le début, un excès de pouvoir dévolu au ministre pour toutes les questions autres que la surfacturation et les frais modérateurs, pour lesquels des pénalités peuvent être imposées à la discrétion du ministre. Je voudrais, là encore, exhorter les membres du Comité à comprendre que faute d'adopter ce genre d'amendements, nous créons, entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, une situation très difficile. Je n'y vois aucune logique.

Si un ministre estime que le manquement se continue, qu'il n'y a pas été porté remède au bout d'un an, après imposition de la pénalité, et qu'il souhaite la reconduire, pourquoi, si la situation est claire et sa position forte, ne pas demander ce genre d'approbation au Parlement?

Le président: Je vous remercie, monsieur Blaikie. Monsieur Lachance.

M. Lachance: Je me suis abstenu de faire des commentaires sur un amendement précédent, mais je vais le faire maintenant, et ce commentaire vaut pour tous les amendements de la même nature. J'ai déjà fait savoir ce matin comment je comprenais les termes relatifs à la responsabilité, contenus dans ces articles. Cette responsabilité de l'exécutif existe à mes yeux, mais il y a différentes façons de l'assumer.

M. Blaikie souhaite, ce qui est légitime, l'appliquer par une approbation législative alors que personnellement, je considère que la responsabilité de l'exécutif peut être assumée par le processus politique et par le dispositif mis en place à cet effet.

C'est voir la responsabilité sous un angle différent, mais il n'empêche que la responsabilité subsiste, et c'est la raison pour laquelle je n'approuve pas sa façon de la concevoir. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'existe plus de responsabilité, mais elle émane, pour moi, du processus et du dispositif politiques. À la Chambre et en Comité, quel que soit le Comité, il y a consultation, compte rendu et discussion des rapports que le ministre est tenu de déposer à la Chambre.

C'est la raison pour laquelle je vais voter contre l'amendement et contre tous ceux qui iront dans ce sens. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Y a-t-il d'autres observations avant que je ne mette l'amendement aux voix?

Le président: Tous ceux qui sont pour l'amendement sont priés de lever la main. Ceux qui sont contre.

[Text]

Amendment negatived.

Clause 16, as amended, agreed to.

The Chairman: I call Clause 17.

On Clause 17—*When reduction or withholding imposed.*

The Chairman: There is a government amendment to the French version, and then there will be some opposition amendments, I think. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to move the amendment on G-21, and I move that the French version of Clause 17 of Bill C-3 be amended by striking out line 40 on page 10 and substituting the following:

gine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

Amendment agreed to.

Clause 17, as amended, agreed to.

The Chairman: I now call Clause 18.

On Clause 18—*Extra-billing.*

Mr. Epp: Mr. Chairman, I know you are a speedy chairman, but let us get our bearings straight now.

Mr. Blaikie: What are we on—Clause 18 now?

• 1610

Mr. Epp: I have an amendment, Mr. Chairman. I would like it distributed, please. You can distribute the package.

Members will notice that there is a PC-5, which I did not move. I know the Parliamentary Secretary, Mr. Chairman, was hoping I might, but it is my privilege.

The Chairman: Mr. Epp, would you like to read your amendment?

Mr. Epp: Any time you are ready, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, I move that Clause 18 be amended by inserting after line 8 on page 11 the following:

except as provided for in an agreement made for the purposes of this section between the Minister and the Minister responsible for health care in the province.

The Chairman: Would you like to speak to that?

Mr. Epp: Yes, I would like to, Mr. Chairman.

Members will know that we are now in a new section entitled "extra-billing and user charges". This clause is specifically on extra-billing. Clause 18 spells out that in order for a province to qualify for the full cash contribution back in Clause 5, and we are looking at terms there, what we are dealing with is that those services have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

It comes back again to this whole question of co-operation between the federal government and the provinces. That is, we want a bill that does not put any dual system of where, for

[Translation]

L'amendement est rejeté.

L'article 16 modifié est adopté.

Le président: Je mets en délibération l'article 17.

En ce qui concerne l'article 17 *toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire peut être appliquée.*

Le président: Le gouvernement propose un amendement à la version française, et l'opposition, je crois, a certains amendements à proposer. Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Je vous remercie, monsieur le président.

Je voudrais proposer l'amendement G-21, et je propose que la version française de l'article 17 du projet de loi C-3 soit modifiée par la substitution à la ligne 40, page 10, de ce qui suit:

... gine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L'amendement est adopté.

L'article 17 modifié est adopté.

Le président: Je propose maintenant la discussion de l'article 18.

Nous passons à l'article 18, *Surfacturation.*

M. Epp: Je sais que vous êtes un président expéditif, mais permettez-nous maintenant de faire le point.

M. Blaikie: De quoi parlons-nous, de l'article 18?

M. Epp: J'ai un amendement, monsieur le président, et je voudrais vous demander de le faire distribuer.

Les membres constateront qu'il existe un PC-5 que je n'ai pas présenté. Le Secrétaire parlementaire espérait que je le ferais, monsieur le président, mais c'est mon privilège.

Le président: Monsieur Epp, voulez-vous donner lecture de votre amendement, s'il vous plaît?

M. Epp: Quand vous le jugerez bon, monsieur le président.

Monsieur le président, je propose que l'article 18 soit modifié en ajoutant à la ligne 8, page 11, ce qui suit:

sauf s'il y a entente conclue aux fins de cet article entre le ministre et son homologue chargé de la santé dans la province.

Le président: Est-ce que vous voulez défendre votre motion?

M. Epp: Certainement, si vous me le permettez, monsieur le président.

Comme vous le savez, nous avons abordé une nouvelle partie intitulée «Surfacturation et frais modérateurs», qui porte spécifiquement sur la surfacturation. Aux termes de l'article 18, nous examinons ici les conditions auxquelles une province a droit à la pleine contribution pécuniaire, et nous traitons ici des services qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

On en revient de nouveau à toute cette question de coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ce qu'on vise ici, c'est un projet de loi qui ne tolère aucune dualité et ne

[Texte]

instance, extra-billing could co-exist with another system. We do think—because there were some fears on some other amendments, this amendment specifically—that if you take a look at the wording, what it does is that clause will come into effect except in such circumstances where an agreement can be made between the federal minister and the provincial minister of the province in question in terms of the purposes of that section, in terms of how they can best address the extra-billing question. I would like to so move.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, has Mr. Epp given the full account of the reasons why he moved the amendment?

The Chairman: I guess he has spoken for now, but he will have a chance to wind up the discussion on the amendment.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think I would have difficulty supporting this amendment. What this would mean would be that the political victory, which I think could be establishment of a consensus against extra-billing and user fees, is not political for any political party but political in the best sense of the word—that there now appears to be a commitment to do away with extra-billing and user fees and to declare them against the spirit of the principles of medicare.

I think this amendment—although on the surface, or at least in one respect, you know, if they can agree, why not—would in my view sort of gut the whole Bill. I mean, if a future federal minister, not wanting to anticipate anything, could make agreements with provinces that certain kinds of extra-billing would be permissible, or certain levels of extra-billing would be permissible, this would in my view be completely against what I view as the intention of the Bill as it stands. I think that were it to pass, most of the witnesses who came before us would be absolutely horrified. I would think they would feel a sense of betrayal that I do not think I could even hope to estimate. As much as it reflects a kind of view of federalism, with Ministers sitting down and agreeing, etc., something hard to criticize, I think and hope that at least we are at the point where extra-billing and user fees were beyond the scope of negotiation and were something that have to be regarded as unacceptable in any circumstances. There may be other ways to meet the concerns that medical practitioners and other in the health care system will have, and those ways will have to be found as the case is demonstrated. But I think the point that we have arrived at, on the political agenda as far as medicare is concerned, is that extra-billing and user fees are no longer acceptable solutions to whatever legitimate or illegitimate problems that people concerned about the health care system may have.

[Traduction]

permet pas, par exemple, la coexistence de la surfacturation avec un autre système. Il nous semble—car d'autres amendements avaient également suscité des craintes—que dans le cas de cet amendement, si vous examinez le libellé, il y est clairement dit que cet article s'appliquera sauf dans les cas où une entente pourra être conclue entre le ministre fédéral et le ministre de la province en question sur l'objectif de cet article, et sur la meilleure façon d'aborder cette question de surfacturation. C'est l'amendement que je propose.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le ministre, M. Epp a-t-il indiqué toutes les raisons qui l'ont poussé à proposer cet amendement?

Le président: Je crois qu'il a dit ce qu'il avait à dire maintenant, mais il aura l'occasion de clore la discussion sur l'amendement.

M. Blaikie: Monsieur le président, il me paraît difficile d'appuyer cet amendement, qui aurait pour effet que la victoire politique qui pourrait découler d'un consensus contre la surfacturation et les frais modérateurs n'est pas politique dans le sens sectaire du mot, mais dans son sens le plus favorable, qu'il semble se dégager à présent un consensus aux fins de supprimer la surfacturation et les frais modérateurs en les déclarant opposés à l'esprit des principes qui gouvernent l'assurance-santé.

Je crois que cet amendement qui semblerait superficiellement, ou d'un certain point de vue—car pourquoi pas, si l'on pouvait s'entendre là-dessus?—priverait tout ce projet de loi de sa raison d'être. Si un ministre fédéral, à l'avenir et sans rien anticiper, pouvait conclure des ententes avec les provinces aux fins de tolérer certaines catégories ou niveaux de surfacturation, ce serait, à mon avis, aller à l'encontre de ce qui me paraît l'intention du projet de loi actuel. Si un tel amendement était adopté, la plupart des témoins qui ont comparu devant nous en seraient horrifiés, et se sentiraient trahis à un point que je n'ose imaginer. Je pense que, sur le plan du fédéralisme, nous reconnaissons enfin, ministres provinciaux compris, que la surfacturation et les frais modérateurs doivent être considérés comme inacceptables quelles que soient les circonstances. Quant aux problèmes dont nous ont fait part les médecins et le personnel paramédical, il faudra trouver le moyen de les résoudre lorsque cela est justifié. Cependant, sur la scène politique, je pense que nous avons réussi à dégager un consensus par lequel nous reconnaissons que la surfacturation et les frais modérateurs sont désormais des solutions inacceptables aux problèmes légitimes ou non qui peuvent se poser dans le domaine de l'assurance médicale.

• 1615

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: Thank you, Mr. Chairman.

It has happened. I agree with Mr. Blaikie.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Merci, monsieur le président.

Pour une fois, je suis d'accord avec M. Blaikie.

[Text]

Mr. Blaikie: You have come a long way since the last time you spoke.

Mr. MacLellan: I think what he said makes sense. I think to support this amendment, Mr. Chairman, would go against the whole spirit of this Bill. It certainly is not an amendment that I see, is in the spirit of the Bill at all and it runs contrary to what the government is attempting to do in doing away with extra-billing and user fees.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, I have some difficulty with the fact that what seems to be envisioned is a system which we would all like to see, where there are no such things as extra-billing or user fees. But quite frankly that is not the way it is. There are people who are going into hospitals, chronic care hospitals and so on, who are having to pay.

Now I do not know what the solution to that is or whether they are suddenly going to be declared to be doing something illegal because they carry on what they are doing now. But I raised an example here with the Minister, when she was before us at the beginning of this whole debate, and I raised it, not because I think the hospital in the situation I mentioned is doing wrong, but there seems to be no other solution at the moment.

I cited the case of an individual who has Alzheimer's disease who will never recover; who is now regarded as a case of senility. There is no bed in the psychiatric hospital for that individual or anywhere else near at hand. So he has to go into a hospital of another kind where the family have to pay additional costs for maintaining that person in the hospital. Now then, what is that called? It is allowed. It is no, but . . . Is that now going to be illegal?

What we are trying to say is there are cases, and I have heard of many of them, cited from the Province of Quebec, where this is happening. Convalescent homes. Surely there has to be some way that those people, once this Bill goes through . . . those institutions are not suddenly declared as operating illegally.

I would like to see enough beds in provincially supported hospitals so that they can all be taken in but quite frankly, they are not there at the moment.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: In answering Madam MacDonald and her concern about the case she has expressed, my personal opinion is that a case like this will certainly be covered within the scope of the amendment that will be proposed in Clause 19. It is not yet moved but it will be brought in and that section will provide specifically for a case such as a person that is more or less permanently hospitalized. In that case accommodation and meal fees are specifically excluded from this code of the Bill.

My personal opinion is that the case that she has just brought up is covered and will be covered in narrow, or

[Translation]

M. Blaikie: Vous avez radicalement changé votre position depuis la dernière fois.

M. MacLellan: Ce qu'il a dit me paraît tout à fait sensé. L'adoption de cet amendement serait tout à fait contraire à l'esprit de ce projet de loi et à ce que le gouvernement essaie de faire en interdisant la surfacturation et les frais modérateurs.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce qui me préoccupe un peu, c'est que l'on semble croire que ce projet de loi mettra sur pied un système idéal d'où seront exclus la surfacturation et les frais modérateurs. Or, je n'ai pas du tout l'impression que ce sera le cas. Il y a encore des malades qui doivent payer leur séjour dans des hôpitaux de soins chroniques.

Je ne sais pas quelle est la solution à ce problème, et s'il va falloir décréter cette pratique illégale. J'en avais justement donné un exemple au ministre, lorsqu'elle a comparu devant notre Comité au début de tout ce débat, afin de lui prouver qu'à mon avis, l'hôpital en question était obligé d'imposer des frais modérateurs en l'absence de toute autre solution.

J'ai cité le cas d'une personne atteinte de sénilité précoce, qui ne s'en remettra jamais. Or, il n'y a aucun lit à l'hôpital psychiatrique pour elle, ni dans un autre service proche, d'ailleurs. Elle est donc obligée d'aller dans un autre hôpital où sa famille sera obligée de payer des frais supplémentaires pour son séjour. Comment appelez-vous cela? C'est une pratique qui est autorisée. Va-t-elle désormais être considérée comme illégale?

Je veux vous montrer par là qu'il existe bon nombre de cas, notamment dans la province de Québec, où cela se produit. Prenons l'exemple des maisons de convalescence. Une fois que ce projet de loi sera adopté, ces établissements seront-ils soudainement déclarés illégaux?

Je préférerais de beaucoup que les hôpitaux financés par la province aient suffisamment de lits pour accueillir tous les malades qui leur sont envoyés, mais franchement, ce n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: En réponse à ce qu'elle vient de dire, j'aimerais dire à M^{me} MacDonald qu'à mon avis, un cas de ce genre tombera certainement sous le coup de l'amendement qui sera proposé à l'article 19. Il n'a pas encore été présenté, mais lorsque le moment sera venu de le faire, vous pourrez constater que cet amendement prévoit justement le cas d'une personne qui est hospitalisée plus ou moins en permanence. Dans ce cas, les frais de séjour et de repas sont spécifiquement exclus de la portée de ce projet de loi.

J'estime donc, et c'est une opinion personnelle, que le cas mentionné par M^{me} MacDonald tombera sous le coup de cet

[Texte]

whenever we pass that amendment. It will be moved in the next section.

• 1620

The Chairman: Thank you. Mr. Epp, do you want to wind up the . . .

Mr. Epp: I would like to. Mr. Chairman, I thought exactly the arguments that were made would be made. I kept the point that I want to make to the last because I feel that I will absolutely convince members of the committee, knowing that they are all rational beings.

Under the user fee, which Miss MacDonald has raised is true comes in Clause 19. We have different systems. We have ten different systems plus the territories. They are alike but they are not the same. The same thing now I want to take that argument to Clause 18. I know when we talk about extra-billing, immediately it conjures up the situation that a physician is billing beyond the general fee schedule of that province. Here is the difficulty. That is why Mr. Blaikie's argument in most cases applies and I accept the argument. But it does not apply in one specific case and that is why I raised it in this way and that is why I think an agreement could take us out of that dilemma.

Let me be specific: for example in Ontario, Alberta and Manitoba, when we talk about extra-billing, it is generally above the fee schedule; generally above the fee schedule. But in Nova Scotia, it is not. I have got agreement, Mr. Speaker. I will stop before I blow my argument. In Nova Scotia there is a different situation whereby the argument of balanced billing is different from extra-billing, and where physicians in Nova Scotia are receiving a fee to 85% of the approved fee schedule and the additional 15% or the so-called balance of the billing goes to the 100% of the recognized fee schedule.

In Nova Scotia, the problem is that because of the financial reality of Nova Scotia, the government of Nova Scotia will have to take some kind of action because they argue they cannot accept or afford the penalty that will be coming under this once the bill is declared law. But without any question it is part of the fee negotiations between the doctors and the medical agency of the province of Nova Scotia.

So all that I am doing—I am not trying . . . I can see where Mr. Blaikie drew this conclusion. I want to disabuse him of it as quickly as I can. I am not trying, in a backdoor, to remove extra-billing or the penalties to it, Mr. Blaikie. That is not my intention. My intention is that the system is not the same across the country. What we term extra-billing does not apply equally across the country. I am simply saying that where there are some legitimate cases like this across the country, the federal minister and the provincial minister should have some mechanism whereby they could come to an agreement and not disrupt what has become the manner of operation or the *modus operandi* within that province. That is why the amendment.

[Traduction]

amendement, s'il est adopté. Il sera proposé lorsque nous passerons à l'article suivant.

Le président: Merci. Monsieur Epp, voulez-vous conclure . . .

M. Epp: Oui, monsieur le président. Je m'attendais exactement à ce genre d'argument. Je maintiens cependant les miens jusqu'au bout, car je suis sûr que la majorité des membres du Comité, étant des êtres rationnels, seront convaincus de la raison d'être de cet amendement.

En ce qui concerne les frais modérateurs, dont a parlé M^{lle} MacDonald, nous avons 10 systèmes différents plus ceux des Territoires. Ils se ressemblent tous plus ou moins, mais ils ne sont pas parfaitement identiques. Cet argument, qui se rapporte à l'article 19, est aussi valable pour l'article 18. Lorsqu'on parle de surfacturation, on pense immédiatement que le médecin fait payer à son malade des honoraires plus élevés que ceux qui sont prévus par le barème établi dans la province. Or, même si je reconnais que l'argument de M. Blaikie est justifié dans la plupart des cas, il ne s'applique pas cependant à un cas particulier, et c'est la raison pour laquelle j'ai soulevé ce problème de cette façon, en étant convaincu qu'un consensus général pourra nous permettre de résoudre ce dilemme.

Permettez-moi de vous donner un exemple précis. En Ontario, en Alberta et au Manitoba, lorsqu'on parle de surfacturation, il s'agit généralement d'honoraires supérieurs à ceux qui sont prévus dans le barème. Par contre, ce n'est pas le cas en Nouvelle-Écosse. En effet, il s'agit non pas d'un supplément mais d'un complément, puisque les médecins de cette province sont payés à 85 p. 100 des honoraires prévus dans le barème, et ils demandent un supplément de 15 p. 100 à leurs malades pour atteindre le niveau de 100 p. 100 reconnu par le barème.

Étant donné la réalité financière de la Nouvelle-Écosse, le gouvernement de cette province va donc devoir intervenir, car il ne peut tolérer ni se permettre de payer l'amende prévue dans ce projet de loi. Pourtant, il est évident que ce problème devrait être réglé à la table des négociations, entre les médecins et l'organisme médical responsable de la province.

Je comprends donc comment M. Blaikie en est arrivé à cette conclusion, mais je voudrais lui faire perdre ses illusions le plus vite possible. Je n'essaie pas, par en-dessous, de supprimer les amendes rattachées à la surfacturation, monsieur Blaikie. Là n'est pas mon intention. Je veux plutôt vous faire comprendre que la surfacturation ne se pratique pas de la même façon dans toutes les provinces. Ainsi, j'estime que dans certains cas, elle est légitime et que, en conséquence, le ministre fédéral et son homologue provincial concernés devraient essayer de s'entendre pour ne pas perturber ce qui est plus ou moins un *modus operandi* dans la province. Voilà la raison pour laquelle cet amendement est proposé.

[Text]

The Chairman: The minister wants to comment, and I will let her comment. But the chair has some problems if members are going to move things or move motions or make half their case at the first and half at the end and then open up for a second round of debate type of thing. Any member can argue the way they think best, but you see that is the difficulty in going to a final speaker. But we will still try to do that.

Mr. Epp: That never crossed my mind, Mr. Chairman.

The Chairman: We will still try to do that. I will let the minister comment.

Hon. Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): May I bring to members the following point of information, Mr. Chairman.

The case of Nova Scotia was used as an example of a different meaning and content of extra-billing. But I must correct the statement that was made. Nova Scotia like every other province having extra-billing has billing extra over the full payment by the provincial government. Historical fiction has developed by which the provincial fee schedule, which is 100% of the fees to be paid to be reimbursed to the medical practitioners, has been considered—and I am not passing a value judgement; I am just giving to members the facts needed for our work—for a long time by the Nova Scotia Medical Association as being only 85%, their fee schedule being 100%. But that is not the case. Theirs is 115% of the government's fee schedule, which is full payment for the various medical acts. By the way, there has been a study done that illustrates that many cases of social assistance are over-billed in Nova Scotia. In that sense, the Bill would apply to Nova Scotia as to any other province having extra-billing, be it under a different name.

• 1625

The Chairman: Dr. Halliday wants the floor. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the Minister is trying to correct Mr. Epp. I think maybe I should correct her too.

The Chairman: Order, please. Mr. McCauley, on a point of order.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, it was my understanding that we had an agreement that we were going to follow a certain procedure in terms of speakers. If we are not going to follow it, then we should have an agreement that we are not going to follow it. If you let Dr. Halliday speak, we are breaking the agreement.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am not raising another argument; I am just correcting something the minister said that is a bit misleading, that is all.

The Chairman: I would think that might be an argument, Dr. Halliday. I will let . . .

Mr. Blaikie: On a point of order, Mr. Chairman.

[Translation]

Le président: Je vais laisser la parole au ministre. Je voudrais cependant vous signaler que j'ai beaucoup de difficulté à diriger le débat si les auteurs de motion la défendent au début de la discussion, puis y reviennent au milieu et ensuite redemandent un second tour. Certes, tout membre du Comité peut défendre ses arguments du mieux qu'il peut, mais il est très difficile, dans ces circonstances, d'en arriver à une conclusion.

M. Epp: Je n'y ai jamais pensé, monsieur le président.

Le président: Nous allons essayer de mettre un peu d'ordre dans tout cela. Je vais donc donner la parole au ministre.

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): J'aimerais apporter plusieurs précisions aux membres du Comité, monsieur le président.

D'aucun prétendent qu'en Nouvelle-Écosse, le sens et les implications du terme surfacturation sont différents. Je me dois d'apporter certaines corrections. Dans cette province, comme dans les autres qui la pratiquent, la surfacturation consiste à faire payer un supplément aux malades, en sus de la somme payée par le gouvernement provincial. Certains ont ensuite inventé l'argument selon lequel les barèmes provinciaux, qui fixent le niveau des honoraires qui seront remboursés aux médecins, . . . Enfin, je ne veux pas porter de jugement subjectif, mais simplement donner aux membres du Comité les faits et chiffres dont ils ont besoin pour faire leur travail. Depuis un certain temps, donc, l'Association médicale de la Nouvelle-Écosse estime que ses membres ne touchent que 85 p. 100 des honoraires établis par le barème général de la province. Mais ce n'est pas le cas. Leurs honoraires correspondent à 115 p. 100 du barème du gouvernement. A propos, une étude montre que beaucoup de services d'assistance sociale sont surfacturés en Nouvelle-Écosse. Dans ce sens, le projet de loi s'appliquera à cette province autant qu'à toute autre qui pratique la surfacturation, qu'on l'appelle ainsi ou autrement.

Le président: Le docteur Halliday veut prendre la parole.

M. Halliday: Monsieur le président, le ministre essaie de corriger ce qu'a dit M. Epp, mais moi je vais essayer de le corriger aussi.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur McCauley, vous voulez invoquer le Règlement.

M. McCauley: Monsieur le président, je croyais que nous nous étions entendus pour suivre une certaine procédure en ce qui concerne l'ordre des intervenants. Si nous ne la suivons pas, il faut s'entendre pour ne pas la suivre. Si vous laissez le docteur Halliday prendre la parole, vous ne respectez pas l'accord que nous avons conclu.

M. Halliday: Monsieur le président, je n'invoque pas du tout un autre argument. Je veux simplement corriger certaines remarques du ministre, qui sont, à mon avis, tout à fait trompeuses.

Le président: Je crains que ce ne soit un argument, monsieur Halliday. Je vais laisser . . .

M. Blaikie: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

[Texte]

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: What is out of order about Dr. Halliday having his say on this matter?

The Chairman: Because we had a previous understanding, Mr. Blaikie, that ordinarily the mover of the motion would open up and would have a chance to close the discussion and not speak in between. That is what I was commenting on earlier when Mr. Epp was making new arguments toward the end that would obviously open up new debate on the subject. There was some dissatisfaction earlier with the back-and-forth and never-ending style of . . .

Mr. Blaikie: Is Mr. McCauley suggesting that the debate ought to come to an end? I do not think that is right.

The Chairman: Or else the mover should not speak until we know the debate is coming to an end; that is the second time, that is all.

Mr. Epp: With all respect, Mr. Chairman, I thought the debate was at an end when I had finished speaking; then you allowed the Minister to speak.

An Hon. Member: You opened up a new set of . . .

The Chairman: That is a difficulty. I think we have crossed that off. I will let Dr. Halliday make another comment now, and hopefully that might be the end of it.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I just want to clarify this for the record. Really, on the terms extra-billing and balance-billing, which Mr. Epp raised and the Minister responded to, the Minister was not quite accurate. A professional schedule of fees is never established by government. The government establishes a schedule of benefits under an insurance plan. They establish a schedule of benefits. In Nova Scotia, if I am not mistaken—and I would stand to be corrected on this—the schedule of benefits is 85% of the schedule of professional fees established by the professional association. That is a very important point to make clear.

Well, it is a fact; the Minister shakes her head negatively, but she is wrong, Mr. Chairman. The schedule of fees is set by the professional association; the schedule of benefits in Nova Scotia is 85% of that, and that is what the government pays.

The Chairman: I am sure that as this Bill progresses, Dr. Halliday, we can have some more comments on this point somewhere later on if we need to have it.

Amendment negated.

Clause 18 agreed to.

The Chairman: On Clause 19, the government has indicated that they will move amendment G-22. The Conservatives have also indicated they are going to move an amendment. I would suggest, after talking to the clerk, that we ask the government to move parts (a) and (b) of G-22 and then we will let Mr. Epp

[Traduction]

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Pourquoi le docteur Halliday ne pourrait-il pas avoir son mot à dire là-dessus?

Le président: Parce que nous nous sommes entendus, monsieur Blaikie, pour que l'auteur de la motion commence et termine la discussion, mais qu'il n'intervienne pas pendant. C'est ce que j'ai dit tout à l'heure, juste avant que M. Epp n'avance d'autres arguments qui auraient certainement ouvert un nouveau débat sur le sujet. Certains membres se plaignaient tout à l'heure de ces discussions interminables . . .

M. Blaikie: M. McCauley propose-t-il que le débat soit clos? Je ne pense pas que cela soit approprié.

Le président: En tout cas, l'auteur de la motion ne devrait pas reprendre la parole avant la fin de la discussion. De toute façon, il l'a déjà eue au début, au moment où il a présenté sa motion.

M. Epp: Très franchement, monsieur le président, je pensais que le débat se terminait à la fin de mon intervention, mais vous avez alors autorisé le ministre à prendre la parole.

Une voix: C'est vous qui avez entamé une nouvelle discussion . . .

Le président: C'est un problème, en effet. Je vais permettre à M. Halliday de faire une autre observation maintenant, et j'espère qu'ensuite nous pourrions clore le débat.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je voudrais que tout soit bien clair. On a parlé de suppléments et de compléments, et dans sa réponse à M. Epp, le ministre n'avait pas tout à fait raison. Le barème des honoraires professionnels n'est jamais établi par le gouvernement. Le gouvernement établit plutôt un barème de prestations dans le cadre d'un régime d'assurance. En Nouvelle-Écosse, si je ne me trompe, le barème des prestations équivaut à 85 p. 100 du barème des honoraires professionnels établi par l'Association professionnelle. Il y a donc une distinction très importante à faire ici.

C'est pourtant la vérité. Le ministre fait signe que non, mais elle se trompe, monsieur le président. Le barème des honoraires est établi par l'Association professionnelle, alors que le barème des prestations est établi par le gouvernement et, en Nouvelle-Écosse, ce dernier correspond à 85 p. 100 du premier.

Le président: Je suis sûr qu'au fur et à mesure que nous avancerons, monsieur Halliday, nous aurons l'occasion de revenir sur cette question, si cela est nécessaire.

L'amendement est rejeté.

L'article 18 est adopté.

Le président: Au sujet de l'article 19, le gouvernement a manifesté son intention de proposer l'amendement G-22. Les conservateurs m'ont aussi fait part de leur intention de proposer un amendement. Après consultation du greffier, je vous suggère de demander au gouvernement de proposer les

[Text]

move his amendment. Then if that amendment is negated we will go on to the final part of the government amendment.

Is that satisfactory, Mr. McCauley, that you move (a) and (b)?

Mr. McCauley: Thank you, Mr. Chairman; that is satisfactory.

I move that Clause 19 of Bill C-3 be amended (a) by striking out line 9 on page 11 and substituting the following:

19.(1) In order that a province may qualify

and (b) by striking out lines 11 to 13 on page 11 and substituting the following:

section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province

• 1630

And the corresponding French version.

The Chairman: Do you have any comments on the amendments, Mr. MacLellan?

Mr. MacLellan: I would ask the Minister.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Always to clarify the rules of the game for all the parties and to be fairer and make sure the public knows their rights and the rules of the game. We have just, through the Parliamentary Secretary, suggested to take away a reference to the regulatory power and explain in the Bill itself the cases in which user fees, more precisely, user charges for accommodation or meals, could apply to what is called in the lay language, chronic care patients, which we described as an in-patient requiring chronic care who is, in the opinion of the attending physician—and this is a reference to the well established procedure of medical discharge—more or less permanently a resident in a hospital. By that, we are respecting the practical problems of several of the provinces where there are, for example, surpluses of acute care beds in general hospital or in any kind of hospital institutions. So whatever the kind of bed in whatever the kind of institution—and I think that answers Miss MacDonald's point which was well taken—the user fees means an accommodation could take place when the patient occupying that bed is for all practical purposes—and I regret to appear to be blunt—a chronic care patient residing more or less permanently in that bed, in that institution. I think that is the fairest viewpoint, both for the patient and for the provinces who can make the maximum use of their beds; concrete translation. If

Si l'Hôpital Saint-François-d'Assise, à Québec, veut que son sixième étage soit consacré aux lits chroniques, le malade qui a la maladie d'Alzheimer, par exemple, va recevoir son congé médical, sera transporté au sixième étage et il sera considéré, à toutes fins pratiques, comme un malade chronique à qui on pourra imposer des frais d'hébergement.

[Translation]

parties A et B de G-22, et de laisser ensuite M. Epp proposer son amendement. Si celui-ci est rejeté, nous passerons alors à la dernière partie de l'amendement du gouvernement.

Êtes-vous d'accord, monsieur McCauley, pour proposer les parties a) et b) de votre amendement?

M. McCauley: Cela me va, merci, monsieur le président.

Je propose que l'article 19 du projet de loi C-3 soit modifié par: a) substitution, à la ligne 9, page 11, de ce qui suit:

19.(1) une province n'a droit, pour un exer

et b) substitution, aux lignes 12 à 14, de ce qui suit:

«d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateur».

Et la version française correspondante.

Le président: Avez-vous des commentaires au sujet de ces amendements, monsieur MacLellan?

M. MacLellan: Je demanderai au ministre.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Notre objectif est toujours le même: préciser les règles du jeu pour tous les concernés, faire preuve de plus de justice et nous assurer que le public connaît ses droits et les règles de ce jeu. Comme le secrétaire parlementaire vient de l'énoncer, nous nous proposons de supprimer une référence au pouvoir de réglementation et d'expliquer dans le projet de loi lui-même les cas dans lesquels des frais modérateurs pour l'hébergement ou les repas peuvent être appliqués aux patients chroniques, c'est-à-dire, comme nous l'indiquons, aux personnes hospitalisées souffrant de maladies chroniques et qui de l'avis du médecin traitant—et nous nous référons à une procédure de renvoi médical appliquée par tous—séjournent de façon plus ou moins permanente à l'hôpital. Ce faisant, nous tenons compte des problèmes pratiques de plusieurs provinces où il y a, par exemple, des excédents de lits réservés aux affections aiguës dans les hôpitaux non spécialisés ou dans tout autre genre d'institution hospitalière. Donc, quel que soit le lit et quelle que soit l'institution—et je pense que cela répond à l'argument tout à fait valable de M^{lle} MacDonald—des frais modérateurs pourraient être imposés pour l'hébergement de patients qui à toutes fins pratiques—et je m'excuse par avance de ce manque apparent de ménagement—des personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans cette institution. Je crois que c'est la méthode la plus juste à la fois pour les patients et pour les provinces, qui pourront ainsi maximaliser l'utilisation de leurs lits; concrètement...

If the *Hôpital Saint-François-d'Assise* in Québec wants that its sixth floor be occupied only by chronic care patients, the Alzheimer patient, for instance, will be medically discharged, transferred to the sixth floor and considered for all practical purposes as a chronic care patient with user charges for accommodation.

[Texte]

Alors, je pense que c'est le maximum de précision que l'on puisse obtenir dans ce cas, et que cela devrait aider tout le monde.

The Chairman: Thank you. Mr. Blaikie has a comment.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I have just one question about the wording "in the opinion of the attending physician". Is this a traditional . . . is this a wording . . .

The Chairman: We are just on (a) and (b) at the moment.

Madam Bégin: Oh, but then I made a mistake. What is it that you have just tabled?

The Chairman: We are just discussing (a) and (b) of the amendment at the present moment.

Mr. Blaikie: Why do we not discuss . . .

The Chairman: Because we are going to come to it. All those in favour of the amendment in respect to (a) and (b).

Amendment agreed to.

The Chairman: We now come to Mr. Epp's amendment. Mr. Epp.

Mr. Epp: Well, Mr. Chairman, before I move . . . that is PC-7 . . . before I move I take it that the government has not yet moved number 2, that is the (c).

The Chairman: Yes, that is right.

Mr. Epp: All right. I want a clarification. I do not want to get in the same box as this morning. Mr. Chairman, if you will take a look . . . if I could draw attention to something that has not been moved yet. The government's proposed amendment to (c) and our proposed amendment are the same in general purpose. The difference comes in in terms of how one can best determine that a person needs chronic care. That being the case, Mr. Chairman, I am willing to move ours, and then explain the difference between what the government is proposing and what we are proposing.

I move that Clause 19 be amended by inserting after line 15 on page 11 the following:

(2) Subsection (1) does not apply in respect of payments for accommodation or meals provided to an in-patient in chronic care who, after a reasonable period has been allowed for rehabilitation, requires long-term maintenance care in an appropriate setting.

If I can speak to that, Mr. Chairman, I think all of us around this table have realized the need to put into Clause 19, so that the case Miss MacDonald raised earlier, namely the Alzheimer's case, as she used it as a specific example, is covered, so that person is not penalized, because of the configuration of the hospital system in a given province.

I would suggest, Mr. Chairman, that when you take a look at our amendment, one could still argue that still a judgment call is necessary, by the words "after a reasonable period" and

[Traduction]

I think it is as far as we can go as for clarification in such cases and that it should help everybody.

Le président: Merci. M. Blaikie veut faire un commentaire.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'ai une question au sujet de l'expression «de l'avis du médecin traitant». Est-ce la formule traditionnelle . . .

Le président: Nous n'en sommes qu'aux alinéas a) et b) pour le moment.

Mme Bégin: Mais alors j'ai fait une erreur! Que vient-on de déposer?

Le président: Notre débat ne porte pour l'instant que sur l'alinéa a) et l'alinéa b) de l'amendement.

M. Blaikie: Pourquoi ne pas discuter . . .

Le président: Parce que nous allons y arriver. Tous ceux en faveur des alinéas a) et b) de l'amendement?

L'amendement est adopté.

Le président: Nous arrivons maintenant à l'amendement de M. Epp. Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, avant que je ne propose . . . il s'agit de l'amendement PC-7 . . . avant que je ne propose cet amendement, je suppose que le gouvernement n'a pas encore déposé l'alinéa c) de son amendement.

Le président: C'est exact.

M. Epp: Très bien. Je veux une précision. Je ne veux pas me retrouver dans la même situation que ce matin. Monsieur le président, si vous considérez . . . j'aimerais attirer votre attention sur quelque chose qui n'a pas encore été proposé. La proposition d'amendement du gouvernement au paragraphe 2, alinéa c) et notre propre proposition d'amendement visent le même objectif. La différence se situe dans les termes permettant au mieux de déterminer la nécessité de soins chroniques. Monsieur le président, je suis donc disposé à proposer notre amendement puis à expliquer la différence entre ce que le gouvernement propose et ce que nous proposons.

Je propose que l'article 19 soit modifié par l'insertion, après la ligne 14, page 11, ce qui suit:

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux paiements imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée souffrant de maladie chronique, qui après une période raisonnable de traitement nécessite encore d'être hospitalisée à long terme dans un service approprié.

Monsieur le président, je crois que nous avons tous compris la nécessité de préciser cet article 19 afin que les cas comme celui cité un peu plus tôt par M^{lle} MacDonald, ceux de la maladie d'Alzheimer, soient couverts afin que ces personnes ne soient pas pénalisées du fait de la structure hospitalière d'une province donnée.

Il est vrai, monsieur le président, que d'aucuns pourront toujours prétendre que dans notre amendement il faut porter un jugement, car nous disons «après une période raisonnable»,

[Text]

the question is, what is a reasonable period? I think we have enough experience in our hospitals, and our physicians have enough experience, and our health care practitioners, to determine whether that person, after a certain period of time, that that is a reasonable time, will need chronic care. I do not think we as lay people around a table drafting legislation can in fact assess that. If we take a look at the government's amendment, if I can draw your attention to it, they say:

... in the opinion of the attending physician ...

I think in most hospitals in most circumstances, it is not only the attending physician; in many of these situations there is a team approach in terms of what some call a panelling of a patient. That is why I think if we get away from "attending physician," and instead put in a criterion of a reasonable time, we leave open who will make that collective decision and that panelling, rather than specifically the attending physician. That is why I think our wording actually addresses the question a little more fully than the government's amendment.

The Chairman: Thank you.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, Mr. Epp's amendment has gone to the heart of the concern that I had about the government amendment. As I understand the process, for instance in my own province, it is not a physician only who decides who is now to be regarded a chronic-care patient as opposed to acute care patients; that is something that is done by a panel of people; it is a multi-disciplinary decision. I think the amendment suggested by the Conservatives is, in that respect, superior to what the government has suggested.

I wonder still, though, with regard to the Conservative amendment—I guess it will have to be provided for in regulation—the stipulation of who decides who requires long-term maintenance care and appropriate setting would vary from province to province, and that would have to be reflected in the appropriate regulations. I see no reason why the government might not also see it this way; that the amendment as suggested is superior to what the government has put before us, and accomplishes the same end.

The Chairman: Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, we have come to my *bête noire* in this whole process. I have raised in this committee several times what I consider to be unconscionably high user charges. I do not know whether the Minister was here one day, but I have a letter here from a constituent in which she points out that she is charged by the Centre hospitalier thoracique de Montréal for one month \$850. That is in November 1983 just past; December, \$383; January, \$797. Then the patient died. One may say that it was a benefit. What I cannot understand is with this kind of provision, what do they expect by charging for accommodation and meals to a person who is in a chronic care situation? Do they expect them to give up their home? The question was a rhetorical question, I was not putting it to Mr. Epp.

[Translation]

et il reste à savoir que qu'on entend par période raisonnable. Je crois que nos hôpitaux, nos médecins et nos professionnels de la santé ont suffisamment d'expérience pour déterminer si telle ou telle personne après une certaine période raisonnable doit continuer à faire l'objet de soins chroniques. Nous ne sommes pas des spécialistes, nous sommes des législateurs, et je ne pense pas que nous soyons en mesure de prendre cette décision. Si je peux me permettre d'attirer votre attention sur l'amendement du gouvernement, il est dit:

... de l'avis du médecin traitant ...

Je crois que dans la majorité des hôpitaux, dans la majorité des circonstances, ce n'est pas seulement le fait du médecin traitant; dans nombre de ces cas c'est toute l'équipe responsable de ce patient qui prend cette décision. C'est la raison pour laquelle, à mon avis, en supprimant cette notion de «médecin traitant» et la remplaçant par un critère de période raisonnable, nous permettons qu'une décision collective soit prise plutôt qu'elle soit le fait du seul médecin traitant. C'est la raison pour laquelle j'estime que notre libellé offre une solution un peu plus judicieuse que celui du gouvernement.

Le président: Merci.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, l'amendement de M. Epp s'attaque directement au problème que pose l'amendement du gouvernement. Si je comprends bien, par exemple dans ma propre province, ce n'est pas le seul médecin qui décide qui doit être considéré comme un patient souffrant de maladie chronique ou un patient souffrant de maladie aiguë; cette décision est prise par un groupe, c'est une décision multidisciplinaire. J'estime que l'amendement proposé par les conservateurs, à cet égard, est supérieur à celui proposé par le gouvernement.

Cependant, je continue toujours à me demander au sujet de l'amendement conservateur si cette décision de maintien à l'hôpital dans un service approprié ne varie pas d'une province à l'autre; il faudra donc que cela soit clairement stipulé dans les règlements. Je ne vois pas pourquoi le gouvernement ne jugerait pas de la même manière, à savoir que cet amendement est supérieur au sien tout en aboutissant au même résultat.

Le président: Monsieur Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, nous sommes tout juste arrivés à ma *bête noire*. J'ai déjà condamné à plusieurs reprises ce que je considère comme des frais modérateurs honteusement élevés. Je ne sais si le ministre était présent, mais je vous ai parlé d'une lettre d'une électricienne qui me dit avoir reçu une facture de 850 dollars pour un séjour d'un mois au Centre hospitalier thoracique de Montréal. C'était en novembre 1983. En décembre la facture était de 383 dollars, en janvier de 797 dollars. Le patient est alors mort. On pourrait considérer cela comme une chance. Je ne comprends pas ce genre de disposition. Qu'espère-t-il en faisant payer pour l'hébergement et les repas une personne souffrant de maladie chronique? Veulent-ils lui faire perdre sa maison? Ma question est rhétorique, elle ne s'adresse pas à M. Epp.

[Texte]

• 1640

The point is you have a situation where a person goes into hospital, may be there for five or six months, and they are people of little means being charged for their accommodation and their meals when they still have to pay the rent for a home or an apartment in the same city. They also very often have an elderly spouse at the home to take care of. What we are doing is laying on them charges of \$500 or \$600 a month, which it seems are not covered by the medicare system.

I have tried to sort this whole thing out. I cannot make out, Madam Minister, whether this amendment being put forward makes it actually worse than Clause 19 as it stood. I thought Clause 19 was bad enough but this seems to make it absolutely clear that they can charge user charges for accommodation and meals. I cannot support that. I know I am coming in at a point where a lot has been decided but I have been to these places and I find it exceptionally cruel. It has put people in severe hardship. I just cannot accept that when a person goes into a hospital for chronic care, even if it is for a long time, that they should have to pay for their accommodation and meals, when most often they also have to continue paying for their rent, their electricity, their telephone at home, and often there is an elderly spouse at the home who must be taken care of. So they are saddled because of their chronic sickness with double expense.

The Chairman: Mr. MacLellan.

Mr. Allmand: I do not know what the answer is but I certainly cannot support this kind of thing in conscience.

The Chairman: Perhaps to facilitate things the Minister would like to comment first.

Madam Bégin: To my knowledge the concept that exist in the various regions of Canada is a concept often of the number of days. For example, after 90 days or after 120 days, etc., whatever the state of the patient, the system can start charging user fees, usually it is accommodation and meals. Let us clarify immediately that the medical care part of it is always free, or should be. It is obvious. We are talking accommodation and meals.

If you go at it by a number of days you are detrimental to some real patients who will recover but take a little longer. For example, six months, four months, you have the *comment dit-on* the coronary problems that take a little longer than others. You have certain physical handicaps; certain serious cases of arthritis; you have the old person who breaks a hip and because of the seniors' problem with the bones will take seven months—all will take more than your 120 days but will go back home. Those people are sick and should not be over-charged.

The other operational concept which was always behind the years of cost-sharing and is a well-established concept, is the concept of that of the opinion of the attending physician, and then you put yourself from the patient's viewpoint and you

[Traduction]

Des personnes vont à l'hôpital, y restent peut-être cinq ou six mois, généralement elles ont de faibles moyens, on leur fait payer leur hébergement et leurs repas, alors qu'elles doivent continuer à payer le loyer d'une maison ou d'un appartement dans la même ville. Très souvent elles ont aussi à la maison un conjoint âgé qui dépend d'elle. Que fait-on, on leur impose des frais de 500 ou 600\$ par mois qui, me semble-t-il, ne sont pas couverts par l'assurance médicale.

J'ai essayé de trouver une solution. Madame le ministre, je n'arrive pas à comprendre cet amendement, qui rend cet article 19 encore pire qu'il n'était. Je trouvais déjà l'article 19 suffisamment mauvais, mais cet amendement semble rendre absolument clair qu'ils peuvent imposer des frais modérateurs pour l'hébergement et les repas. Je ne peux appuyer un tel amendement. Je sais que j'arrive à un moment où beaucoup de décisions ont déjà été prises, mais j'ai vu ces endroits et je trouve cela exceptionnellement cruel. Les difficultés de ces personnes sont incroyables. Je ne peux tout simplement pas accepter qu'une personne, parce qu'elle souffre de maladie chronique et se fait hospitaliser, même si c'est pour longtemps, doive payer pour son hébergement et ses repas, alors que dans la majorité des cas elle doit également continuer à payer son loyer, son électricité, ses notes de téléphone à la maison, et que souvent elle a également la charge d'un conjoint âgé à la maison. Par le simple fait de sa maladie chronique, elle doit tout payer deux fois.

Le président: Monsieur MacLellan.

M. Allmand: Je ne sais quelle est la solution, mais je ne peux appuyer en conscience ce genre de proposition.

Le président: Pour faciliter les choses, on pourrait peut-être d'abord donner la parole au ministre.

Mme Bégin: À ma connaissance le concept qui existe dans diverses régions du Canada repose souvent sur le nombre de jours. Par exemple, après 90 ou 120 jours, etc., quel que soit l'état du patient, l'institution peut commencer à imposer des frais modérateurs correspondant généralement à l'hébergement et aux repas. Précisons immédiatement que les frais médicaux demeurent toujours gratuits ou qu'ils le devraient. C'est évident. Nous ne parlons que de l'hébergement et des repas.

Si on opte pour la méthode du nombre de jours, c'est aux dépens de certains patients qui finissent pas guérir, mais pour lesquels cela prend un peu plus longtemps. Par exemple, six mois, quatre mois, il y a les problèmes coronaires qui prennent un peu plus longtemps que les autres. Il y a certains handicaps physiques; certains cas graves d'arthrite; il y a la personne âgée qui se fracture la hanche, et vous savez que pour ces personnes les os mettent beaucoup plus longtemps à se ressouder, cela peut prendre sept mois, plus de 120 jours dans tous les cas, mais elles finissent par rentrer chez elles. Ces personnes sont malades et ne devraient pas payer plus que les autres.

L'autre concept opérationnel qui a toujours été sous-jacent durant les années de frais partagés et qui est reconnu de tous, est celui de l'avis du médecin traitant. Il suffit donc de préciser au patient les règles du système. De l'avis du médecin traitant

[Text]

clarify the rules of the system to that patient. In the opinion of the attending physician the person gets a medical discharge, either because the person is okay and goes back home immediately, or because the person cannot benefit any more from the medical treatment and becomes what is called in lay language a chronic care patient.

That procedure is the medical discharge. The attending physician does it. It is true that in some of our hospitals a team approach is used in which there is always the physician with that procedure.

Maybe we would like to take the time to look to see if the team approach can be recognized in the wording. I think I should offer that to the committee members.

• 1645

The Chairman: I have got a long list and I wonder if it is a question of considering some other amended wording or something like that? Or what are we . . . ? Maybe I will go to the Parliamentary Secretary on that basis first, but I will get to all of you. Mr. MacLellan.

Mr. MacLellan: I think we would like to hear further discussion on this, Mr. Chairman. In that light I would ask that this be stood so that we can give it further consideration.

But if there are members of the committee who wish to express an opinion, I certainly would like to hear it because any opinion would be useful in determining which way we should go.

The Chairman: We will still have some discussion after hearing the Parliamentary Secretary. Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I think on the question of attending physician there is one point that has to be considered. Not all teams have a physician, and if there is no physician and . . . Let us take, for example, that the patient is discharged and that something should happen as a result of that. That family or that patient can sue the hospital because there was no medical opinion as to whether or not the patient should be discharged. I think it would be dangerous to let such a patient be discharged by a team, from a legal point of view, unless a physician was included in that team and it was a medical discharge.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, I just wanted to point out that this amendment only addresses one of the issues that I had raised. You see if we introduce this, yes, the hospital or the individual in question which charges the user fees is no longer carrying out an illegal act, I understand that. But that does not address the question that I raised in the first place, and which Mr. Allmand has been speaking to as well, that we are still in a situation where if because, for instance, a provincial psychiatric hospital has all of its beds occupied and there is no place there for a person such as with the case I cited, where they will never again be

[Translation]

la personne reçoit son congé médical soit parce qu'elle est guérie et peut rentrer immédiatement chez elle, soit parce qu'elle ne peut plus tirer profit du traitement médical et devient ce qu'on appelle en langage profane un patient chronique.

Cette procédure, c'est le congé médical. C'est le médecin traitant qui en décide. Il est vrai que dans certains de nos hôpitaux cette décision est prise par une équipe avec la participation du médecin traitant.

Nous devrions peut-être réfléchir à la possibilité d'introduire ce concept d'équipe dans le libellé. Je crois que je devrais l'offrir aux membres du Comité.

Le président: J'ai une longue liste d'intervenants et je me demande, s'il n'y aurait pas moyen de songer à un libellé modifié ou à quelque chose du genre? Ou est-ce que nous . . . ? Peut-être puis-je d'abord céder la parole au secrétaire parlementaire, mais vous aurez tous votre tour. M. MacLellan.

M. MacLellan: Je crois que nous devrions en discuter plus avant, monsieur le président. Dans ce contexte, je vais demander que l'article soit réservé de façon que nous puissions y réfléchir encore.

Toutefois, si des membres du Comité désirent exprimer une opinion, je suis certainement prêt à l'entendre, car toute opinion nous sera utile pour décider ce que nous devons faire.

Le président: Nous allons donc poursuivre la discussion après avoir entendu le secrétaire parlementaire. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Je crois qu'en ce qui concerne le médecin traitant, il y a un aspect dont il faut tenir compte. Ce ne sont pas toutes les équipes qui ont un médecin, et s'il n'y a aucun médecin . . . Prenons par exemple le cas d'un patient à qui l'on donne son congé de l'hôpital et à qui il arrive ensuite quelque chose parce qu'il a quitté l'hôpital. Sa famille ou ce patient pourrait tenter des poursuites à l'hôpital, parce que aucun médecin ne s'est prononcé pour donner son congé au patient. Je crois qu'il serait dangereux de laisser cette décision à une équipe, d'un point de vue juridique, à moins qu'un médecin n'en fasse partie et que le congé soit donné pour des raisons médicales.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, je tenais simplement à souligner que le présent amendement ne porte que sur l'une des questions que j'ai soulevées. Voyez-vous, si nous adoptons cette disposition, il est vrai que l'hôpital ou l'individu qui demande des frais modérateurs ne commettra plus un geste illégal, je le comprends. Mais cela ne règle en rien la question que j'ai soulevée en premier, et dont a parlé également M. Allmand, à savoir que nous avons toujours une situation où, par exemple, si nous avons un hôpital psychiatrique provincial dont tous les lits sont occupés, le patient, faute de place, ne pourra jamais quitter l'hôpital,

[Texte]

able to leave hospital and they have to be put into a privately run hospital, the family have to continue paying for the rest of their lives. It is a continual drain, even though that family has not had anything to do with the allocation of beds or getting into a hospital where there would be no charge.

You see, they are prohibited by lack of space from getting into a hospital where they would not have to carry this financial burden. They have to put the patient into another one. So I just want to say that while it does in one case resolve the question of someone being charged with carrying out an illegal—what will be illegal when the act is proclaimed—an illegal payment; nevertheless, it does not meet the more basic problem which is why should these people be paying in the first place?

The Chairman: Miss MacDonald, it is a Conservative amendment and you have a right to amend it further or make a new amendment if you want later on.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): It has to be done in another section of the act, when it comes to insured services.

The Chairman: I will go to Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, we are dealing with amendment PC-7, right?

The Chairman: Right.

Mr. Breau: I do not know if this point has been made because I came in just when you were starting this, but I think there is a fundamental difference. I think we should be concerned about the consequences of the interpretation. For example, when you say, as Mr. Epp does in his amendment, after a reasonable period of time has been allowed for rehabilitation, I think that is a risky kind of terminology. Because what is going to determine reasonable? Is it the condition of the patient? Or is it possible that some bureaucratic definition of what is reasonable could be based on just the number of days or the cost on the part of the province? So I would be worried about that.

• 1650

It seems to me that I believe that the Minister's amendment is based on the fact that somehow the concept of medical necessity should apply here. So I am concerned about just having the words "reasonable period of time", because those words may be used to apply other than a physician's opinion about medical necessity. The day may come when the provincial government may determine that one week is enough for rehabilitation, or one month is enough, regardless of other factors. So I could not support that amendment in those words because of that.

The Chairman: Thank you. Dr. Halliday, Mr. Lachance, and Mr. Blaikie again.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I just wanted to make the point somewhat, as Dr. Hudecki did, that the use of the word "attending physician" I think is a legitimate way to do it. On the other hand,

[Traduction]

devra aller dans un établissement privé, et la famille devra continuer à payer pendant le restant de sa vie. C'est une perte continue, même si la famille n'a rien à voir avec l'allocation des lits ou l'obtention d'un lit dans un hôpital où il n'y aurait aucun frais.

Voyez-vous, le manque d'espace l'empêche d'obtenir un lit dans un hôpital et d'éviter une charge financière à ses parents qui doivent le placer ailleurs. Donc bien que cela règle la question de l'illégalité des paiements exigés—paiements qui seront illégaux après la proclamation de la loi—néanmoins, cela ne règle en rien le problème fondamental: pourquoi ce genre de patient devrait-il tout simplement payer?

Le président: Mademoiselle MacDonald, il s'agit d'un amendement conservateur et vous avez le droit de le modifier encore ou de formuler un nouvel amendement si vous le souhaitez plus tard.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Il faut le faire dans le contexte d'un autre article du projet de loi, lorsque nous en viendrons aux services assurés.

Le président: Je vais céder la parole à M. Breau.

M. Breau: Monsieur le président, nous étudions l'amendement PC-7, n'est-ce pas?

Le président: En effet.

M. Breau: Je ne sais pas si on a déjà fait valoir cet argument, car j'arrivais lorsque vous avez commencé à en discuter, mais je crois qu'il existe une différence fondamentale. Je crois que nous devons nous inquiéter des conséquences de l'interprétation. Par exemple, lorsque l'on dit, comme le fait M. Epp dans son amendement, après qu'on a accordé un délai raisonnable pour la réadaptation, je crois que c'est un terme assez risqué. Qui va décider de ce qui est raisonnable? Est-ce la condition du patient? Ou alors est-il possible qu'une quelconque définition bureaucratique de ce qui est raisonnable soit fondée simplement sur le nombre de jours ou le coût défrayé par la province? Je m'inquiète donc de ce libellé.

Je crois que l'amendement du ministre repose sur la condition que d'une façon ou d'une autre l'idée de nécessité médicale doit s'appliquer ici. Je m'inquiète donc de dire simplement *dans un délai raisonnable*, car on pourrait recourir à cette expression dans un contexte différent. Il pourrait arriver que le gouvernement provincial décide qu'une semaine ou qu'un mois suffit à la réadaptation, quels que soient les autres facteurs. Donc je ne peux appuyer cet amendement dans sa forme actuelle.

Le président: Merci. Dr. Halliday, M. Lachance et encore M. Blaikie.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Je tiens simplement à souligner comme l'a fait la Dr. Hudecki qu'il serait légitime d'utiliser l'expression *médecin traitant*. Par contre, l'amendement présenté par M.

[Text]

the amendment that Mr. Epp has put forward does not preclude that at all. After listening to Mr. Breau, I understand and share your concern; if there were to be a bureaucratic determination that did not necessarily include physicians, then I would be upset. If you can interpret this wording of ours to indicate that there could be bureaucratic decisions being made without physicians . . .

Mr. Breau: Bureaucratic and financial.

Mr. Halliday: Yes.

Mr. Breau: Bureaucratic and financial—it seems to me to go way beyond the doctor's opinion. That is a risk.

Mr. Halliday: Disregard the doctor's opinion.

Mr. Breau: It could.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

I must admit at being a bit confused with the two concepts in PC-7 as it relates to the government amendment. But the more I listen to the conversation the more I find that there are things in both that . . . I mean, they do not cover exactly the same ground. I am not only talking about the team approach. Originally I thought it was the team approach that was missing in the government amendment, and it was covered here. Then I found that it was not only that.

The way I see it at this point—and maybe I could be corrected by the mover—is this: The Conservative amendment addresses the problem not from a more or less permanently resident person but from a certain length of time allowed for rehabilitation. After that it is left to the judgment of the team to decide whether or not that person should be charged because that person has extended or overlapped that reasonable period, which we do not really know what it is all about. Opposed to this is the government amendment, which I see as clearly confined to those cases where that person is clearly—in the opinion of the attending physician, and then I will address the problem of the team approach—more or less a permanent resident of the hospital, which is kind of a different concept.

By the way, I have sympathy with Mr. Allmand's argument, but I do not see how to address it. Once a person is more or less permanently a resident . . . I mean, either we find a way to assist the old spouse who is left at home, or otherwise. But at some point we want to allow, even if it is unfortunate, those accommodation fees.

Where is the test? Is the test one of being more or less permanently in a bed, or is the test a more subjective one, in a sense, of whether you have overlapped the rehabilitation period? That is why I am confused. I do not really see the exact boundary between what the PC amendment does and what the government amendment would be doing.

[Translation]

Epp n'empêche pas du tout de le faire. Après avoir écouté M. Breau, je comprends et je partage sa préoccupation; si cette décision pouvait être prise par des bureaucrates en dehors des médecins, alors j'en serais très ennuyé. S'il est possible d'interpréter le libellé que nous présentons de façon à permettre ce genre de décision . . .

M. Breau: Une décision bureaucratique et financière.

M. Halliday: Oui.

M. Breau: Bureaucratique et financière—il me semble que cela va beaucoup plus loin que l'opinion d'un médecin. C'est un risque.

M. Halliday: On ne tiendrait pas compte de l'opinion du médecin.

M. Breau: Ce serait possible.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

Je dois avouer que les deux concepts sous-jacents à l'amendement PC-7 concernant l'amendement du gouvernement me laissent un peu confus. Toutefois plus j'écoute les conversations, plus je trouve qu'il y a des éléments dans les deux que . . . J'entends par là qu'il ne s'agit pas exactement de la même chose. Je ne parle pas seulement de l'idée d'équipe. Initialement, j'avais pensé que cette approche faisait défaut dans l'amendement gouvernemental, mais qu'il en était question ici. Ensuite, j'ai constaté que cela allait beaucoup plus loin.

D'après ce que je peux voir maintenant—et peut-être le parrain de la motion pourrait-il me corriger—voici ce qu'il en est dans l'amendement conservateur, le point de vue retenu n'est pas la permanence du séjour d'un patient dans un hôpital, mais la durée accordée pour sa réadaptation. De plus, c'est à l'équipe qu'il revient de décider si l'on doit ou non lui demander de payer parce que le délai raisonnable est dépassé, mais nous ne savons pas vraiment de quoi il retourne. Par contre, l'amendement gouvernemental, d'après moi, vise uniquement les cas où clairement la personne—de l'avis du médecin traitant—est un résident plus ou moins permanent de l'hôpital; c'est donc un concept différent.

En passant, je suis attiré par l'argument de M. Allmand, mais je ne sais pas comment en tenir compte. Une fois qu'un patient est plus ou moins résident . . . il faut, je crois, que nous trouvions une façon d'aider le vieux conjoint qui reste à la maison. Mais nous voulons permettre, si triste que ce soit, la perception de frais de logement.

Quel est le critère? Doit-il être fondé sur le fait que quelqu'un occupe un lit plus ou moins de façon permanente, ou doit-il être plus subjectif, en un sens, et reposer sur la période de réadaptation? C'est pourquoi je suis un peu perdu. Je ne vois pas exactement où se situe la ligne exacte entre ce que fait l'amendement PC et ce que ferait l'amendement gouvernemental.

[Texte]

I know what I want. What I do not want is user charges for people who will go back home. That is what I do not want. I do not mind if it is three months, four months, six months, eight months, or a year in a cast for some people who have had a motorcycle accident; I do not mind that. My own personal subjective test—and I do not know how to express it precisely in the wording, which is why I think we should follow up on the Parliamentary Secretary's suggestion and stand it at some point—what I do not want is you to charge for people who will go back home at some point. It could be interpreted—and I could be corrected—that the way the PC amendment is drafted, some of those people who will go back out at some point could still be charged. I may be corrected on that.

Finally, the team approach—well, fine, as long as the attending physician is included in the concept, as Dr. Hudecki said. As Mr. Hudecki says, yes, it is logical because it relates to reality, the day-to-day reality in hospitals, the fact that this team approach decides whether that person is more or less permanently a resident of the hospital. So I have problems with the wording in both cases, and I think we should work something out.

• 1655

The Chairman: Ladies and gentlemen, I think there is some disposition on behalf of the committee to stand this clause. We are having discussion to help everybody get a better idea of the various facets of it. If it is stood, we will be discussing it further when we come back to it. Also, I do have four or five other people who want to come in on the second time, and Mr. McCauley has not been heard yet. I would suggest, if it is all right with you, Mr. McCauley, that we stand the clause and come back.

Mr. Blaikie: I think it merits a bit more discussion. For one, I have something I think is important to say before we stand the clause. I think the drafters, or whoever is going to come up with something, have a bit more to do before they get a sense of what it is . . .

The Chairman: All right. I am in the hands of the committee. I will just call to your attention that we will be discussing it further if we do stand it, and perhaps you could make your further comments, particularly on the second round. On that basis we will have further discussion the next time we come back to it. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I hope what I want to say is as helpful as I think it is. It is somewhat like what Mr. Lachance said, that we are looking for an amendment combining the virtues of both the PC amendment and the government amendment, and I am not sure how that can be done. The problem with the PC amendment, PC-7, is not only the wording but also the location of the words "after a reasonable period has been allowed for rehabilitation". I understand the concern that we not do anything that would allow a province to say that after you have been in hospital 90 days you are a

[Traduction]

Je sais ce que je veux. Je ne veux pas que soient imposés des frais modérateurs à ceux qui rentreront chez eux. C'est ce que je ne veux pas. Cela ne me fait rien s'il s'écoule trois, quatre, six, huit mois ou un an, pendant que quelqu'un est dans le plâtre comme après un accident de motocyclette; cela ne m'ennuie pas. Mon propre critère subjectif—et je ne sais pas comment l'exprimer exactement, c'est pourquoi j'estime que nous devons suivre la suggestion du secrétaire parlementaire et réserver l'article—je ne veux pas que vous fassiez payer les gens qui rentreront chez eux à un moment quelconque. On pourrait interpréter en ce sens—et qu'on me corrige si je fais erreur—l'amendement PC dans sa rédaction actuelle, c'est-à-dire que ceux qui rentreront chez eux auraient à un moment quelconque quelque chose à payer. Qu'on me corrige si je fais erreur.

Enfin, l'approche par équipe—parfait, aussi longtemps que l'on inclut le concept du médecin traitant, comme l'a dit le Dr Hudecki. Comme le dit le Dr Hudecki, c'est logique, car c'est le reflet de la réalité, de la réalité quotidienne dans les hôpitaux, c'est l'équipe qui décidera si une personne est plus ou moins un résident permanent de l'hôpital. J'éprouve donc des difficultés avec le libellé dans les deux cas, et je crois que nous devrions nous entendre.

Le président: Mesdames et messieurs, les membres du Comité me semblent disposés jusqu'à un certain point à réserver cet article. Nous en discutons afin d'aider tout le monde à mieux en comprendre les divers aspects. S'il est réservé, nous en discuterons encore lorsque nous le reprendrons. En outre, j'ai quatre ou cinq autres intervenants au deuxième tour, et nous n'avons pas encore entendu M. McCauley. Je proposerai donc, si vous voulez bien, monsieur McCauley, que nous réservions l'article pour y revenir plus tard.

M. Blaikie: Je crois que la question mérite qu'on en discute encore un peu. Pour ma part, j'ai quelque chose d'important à dire avant que nous ne réservions l'article. Je crois que les rédacteurs, ou celui qui trouvera la formulation, ont encore un peu plus de travail à faire avant de comprendre ce que . . .

Le président: Très bien. Je suis à votre disposition. Je tiens simplement à vous rappeler que nous en discuterons, si nous réservons l'article; peut-être pourriez-vous faire vos autres remarques, surtout au deuxième tour. Nous en discuterons la prochaine fois que nous l'étudierons. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'ose espérer que ce que j'ai à dire sera aussi utile que je le crois. Comme l'a dit M. Lachance, ce que nous recherchons, c'est un amendement qui réunirait les vertus de l'amendement PC et celles de l'amendement gouvernemental; je ne sais pas au juste comment cela peut se faire. Le problème de l'amendement PC-7 ne se situe pas uniquement dans son libellé, il vient aussi de la place de l'expression «si l'on a accordé un délai raisonnable pour la réhabilitation». Je comprends que nous ne voulions pas faire quelque chose qui permettrait à une province de dire à un patient après un séjour à l'hôpital de 90 jours: vous êtes un

[Text]

chronic care patient, whether you are ever going home or not, but beyond that certain time period.

On the other hand, depending on how this was interpreted, the PC amendment could be more generous to those people than the government amendment, because all the government amendment requires is that at the point at which in the opinion of the attending physician you are judged to be more or less permanently resident in a hospital, bang, you start getting charged user fees from that moment. The generous way to read the PC amendment is to say that after you have been judged to be a chronic care patient you do not begin to be charged user fees the very next day, that there is a period of time elapsing which maybe gives you time to prepare yourself financially for those user fees. That seems to me to be the positive way. I do not know if that was intended by Mr. Epp, but to me that seems to be the positive way of reading the PC amendment.

The problem is where it is inserted. Perhaps if there was something along the lines of "does not apply in respect of payments for accommodations or meals provided to an inpatient in chronic care who requires long-term maintenance care in an appropriate setting"—and if the positive interpretation I have put on your amendment is what you wanted, then—"and these user charges apply only after a certain period of time" or something like that. However, it seems to me we have to come up with something that combines the two of them.

The Chairman: Thank you. Mr. Allmand, again.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, I would like to indicate to the committee some of the things that are happening. We have cases that come before my constituency office, where people start getting these heavy bills after a certain period of time. They phone our office asking what they can do because they cannot afford to pay these bills. Of course, it is becoming universal in Montreal—I do not know, to what extent the Minister knows this—and they are saying to the hospital that they are not going to pay the bills and are daring them to through them out. If it is a hospital run by the province, they just will not run the risk of the bad publicity of putting them out in the street. They keep sending them the bills; the people do not pay the bills; it is a dare game. It is like the old days. It is like what you hear in the United States where when somebody goes to the hospital they ask you for your Blue Cross before they even let you in the door. I have had several cases.

People are in a state of terror. They do not know from week to week if they are going to be tossed out on the street because they are not paying these bills of \$400 and \$500.

• 1700

Now that I have looked at it, I think this wording, both the Minister's wording and that of the opposition, is an improvement over what was there, but if there was some way we could at least have some limits on the additional expenses to which people are put, or if the Minister could tell us if under the

[Translation]

patient chronique, que vous rentriez ou non un jour à la maison.

Par contre, selon la façon de l'interpréter, l'amendement PC pourrait être plus généreux que l'amendement gouvernemental à l'égard de ces gens, puisque celui-ci stipule simplement que lorsque de l'avis du médecin traitant vous êtes considéré comme un résidant plus ou moins permanent de l'hôpital, on commence à vous demander des frais modérateurs. La façon généreuse de comprendre l'amendement PC-7, c'est de dire qu'après qu'on décide que vous êtes un patient chronique, vous n'avez pas à verser immédiatement des frais modérateurs, puisqu'un délai est prévu qui vous permet de vous préparer financièrement. Cela me semble être l'approche positive. Je ne sais pas si c'est ce que voulait M. Epp, mais il me semble que c'est la façon positive de comprendre l'amendement PC-7.

Où le placer, voilà le problème. Peut-être si l'on disait quelque chose comme «ne vise pas les paiements destinés aux logements ou aux repas fournis à un patient chronique qui a besoin de soins de soutien à long terme dans un milieu approprié»—et si l'interprétation positive que j'ai donnée à votre amendement est celle que vous voulez, alors—«et ces frais modérateurs ne seront perçus qu'après une certaine période» ou quelque chose de ce genre. Toutefois, il me semble qu'il nous faut trouver un libellé qui combine les deux.

Le président: Merci. Monsieur Allmand, encore une fois.

M. Allmand: Monsieur le président, j'aimerais certainement mettre les membres du Comité au courant de certaines des choses qui se passent. Des cas sont portés à l'attention de mon bureau de circonscription, des cas de gens qui commencent à recevoir des factures considérables après une certaine période. Ces gens téléphonent à notre bureau pour demander ce qu'ils peuvent faire, car ils n'ont pas les moyens de payer ces comptes. Evidemment, cette situation devient universelle à Montréal—je ne sais pas jusqu'à quel point le ministre est au courant de cette situation—they disent à l'hôpital qu'ils ne vont pas payer et mettent l'établissement au défi de les mettre à la porte. Si c'est la province qui administre l'hôpital, on ne courra pas le risque de recevoir de la mauvaise publicité en les mettant dans la rue. On continue à leur envoyer des factures; les gens ne les paient pas; c'est un jeu de défi. C'est comme par le passé. C'est semblable à ce que l'on entend raconter sur ce qui se passe aux États-Unis où lorsque quelqu'un va à l'hôpital, on vous demande si vous avez la Croix bleue avant de vous laisser même entrer. J'ai vu plusieurs cas.

Les gens vivent dans la terreur. Ils ne savent pas d'une semaine à l'autre si on ne va pas les mettre à la rue, parce qu'ils n'ont pas payé des factures de 400\$ et 500\$.

Après examen, je crois que le texte du ministre et celui de l'opposition sont meilleurs que ce que nous avions, mais si nous pouvions de quelque façon limiter les dépenses additionnelles imposées aux gens, ou si le ministre pouvait nous dire s'il y a, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, des

[Texte]

Canada Assistance Plan there is some way of taking care of these people and their families . . . As I say, they have to keep paying the rent, the heat, everything back home—and it is usually for the elderly. These are elderly people, people over 60, trying to take care of all their everyday expenses and then they get this bill for \$500 for a month in the hospital.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): At least.

Mr. Allmand: At least, indeed. The ones I have received are around that amount of money. Something has to be done for these people. I do not know exactly how to solve the problem, but it is a terrible situation.

I would like to know if, through her officials, the Minister has any information on how many people are covered by Blue Cross. Does she know what percentage of people might be covered for this additional expense through private insurance? As I say, in my office I get those who do not have it, but I do not know what percentage are covered.

Madam Bégin: May I clarify something? Maybe I do not understand you, Warren. The way we have written our amendment to our own Bill is to make sure that nobody who has to pay rent outside can be charged a penny. That is exactly what we are saying here.

An Hon. Member: Why is that?

Madam Bégin: Because the person who must continue to pay their rent outside is not and cannot be considered to live more or less permanently in the hospital, and cannot be charged a penny.

It is true that in Quebec they are now charged, and that would be clearly illegal. That was recognized by the *fonctionnaire* of Quebec when they came to Ottawa, and it will be changed now—they will change their categories in Quebec.

In other words, when you discussed the Bill the first time, and I was a witness, you were right, and it is now recognized officially, by the *fonctionnaire* in Quebec who will change the administrative categories to respect Bill C-3. But the amendment we are bringing in I think is that instead of having it left to regulations, put it clearly in the Bill. A person who must keep a home cannot live more or less permanently in a hospital, by no stretch of the imagination. That is exactly the point we are trying to make.

Mr. Allmand: If that is the case, then that is an excellent improvement. What you are saying is that the attending physician would not say that the person is a permanent resident of the hospital as long as he has to keep another home. If that is the Minister's intent, it is a good intent. I do not know if the words are as clear as she states. What she is stating is what I would support. If there were words to clearly express what she is saying, I think that would be a great improvement. Also, I am pleased to hear that the Quebec government is taking steps to correct some of these problems.

[Traduction]

moyens de régler le cas de ces gens et de leur famille . . . je le répète, ils doivent payer leur loyer, leur chauffage, et tout le reste à la maison—c'est habituellement des gens âgés, des gens qui ont plus de 60 ans, qui essaient de payer toutes leurs dépenses journalières pour se voir ensuite envoyer une facture de 500\$ de l'hôpital.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Au moins.

M. Allmand: Au moins, en effet. Les factures que j'ai reçues sont environ de cette somme. Il faut faire quelque chose pour ces personnes. Je ne sais pas exactement comment on peut résoudre le problème, mais c'est une situation épouvantable.

Je veux savoir, par l'intermédiaire des hauts fonctionnaires, si le ministre sait combien de personnes sont assurées par la Croix Bleue. Sait-elle quel pourcentage de personnes sont assurées auprès d'une assurance privée pour ces sommes additionnelles? Comme je l'ai dit, je reçois dans mon bureau des personnes qui n'ont pas cette assurance, mais je ne sais pas combien de gens sont assurés.

Mme Bégin: Puis-je apporter une précision? Je ne comprends peut-être pas ce que vous voulez dire, Warren. La façon dont nous avons rédigé notre amendement à notre propre projet de loi vise à assurer que personne ne devra payer un cent s'il paye un loyer à l'extérieur. C'est exactement ce que nous disons ici.

Une voix: Pourquoi cela?

Mme Bégin: Parce que la personne qui doit continuer à payer son loyer à l'extérieur n'est pas, ne peut être considérée comme vivant plus ou moins de façon permanente à l'hôpital, et on ne peut pas lui facturer même un cent.

C'est vrai qu'au Québec on les fait payer présentement, et c'est tout à fait illégal selon le projet de loi. Un fonctionnaire du Québec l'a reconnu lors de la visite de la délégation à Ottawa, et ce sera modifié, les catégories seront modifiées au Québec.

Autrement dit, lorsqu'on a discuté du projet de loi la première fois, et j'étais témoin, vous aviez raison, et maintenant les fonctionnaires du Québec reconnaissent officiellement qu'il faudra modifier les catégories administratives pour respecter le projet de loi C-3. Cependant, par l'amendement que nous présentons, ces dispositions sont prévues dans le projet de loi au lieu de l'être dans le règlement. Une personne qui doit tenir maison ne peut absolument pas vivre de façon plus ou moins permanente à l'hôpital. C'est exactement ce que nous essayons de faire comprendre.

M. Allmand: Dans ce cas, l'amélioration est excellente. Vous prétendez que le médecin traitant ne peut déclarer qu'une personne est résidente permanente de l'hôpital dans la mesure où elle a un domicile. Si telle est l'intention du ministre, elle est bonne. Je ne sais pas si le libellé est aussi clair qu'elle le dit. Mais elle exprime ma position. S'il y avait des mots pour exprimer clairement ce qu'elle nous déclare, ce serait une grande amélioration. Je suis également heureux d'entendre que le gouvernement du Québec prend des mesures pour corriger certains problèmes.

[Text]

Mr. Epp: Mr. Chairman, could we have some clarification... a point of order. I would like a clarification simply for some saving of time. I still believe that what Mr. Allmand and Miss MacDonald have raised is the whole question of whether or not these services are insured services and if at that stage there is an assessment of whether or not there is a charge to that individual. That is not what Clause 19 is dealing with at all, with all respect, unless I am away off base. Clause 19 is dealing with user charges in cases where people who are in an acute care hospital and are paying because there are not alternative services for those persons, and chronic care is not an insured service.

Mr. Allmand: It is included under the word "hospital".

Mr. Epp: Now we are getting back to location, and they are not all covered. What we are dealing with is the Minister's earlier commitment, saying that she would not put any additional financial burden on the provinces. That is what she said. With all respect, Mr. Allmand, what you are dealing with is an insured service as against the user charge we are dealing with here, unless I am misinterpreting the clause.

Mr. Breau: Put the question to the Minister for clarification.

• 1705

The Chairman: I think we will have to carry on. I do not see any clear consensus. There is a real...

Mr. Epp: Could we have a clarification? Is the Minister giving us some other interpretation to Clause 19?

The Chairman: Madam Minister, do you have a comment on Mr. Epp's point of order?

Madam Bégin: By introducing Clause 19.(2), I would submit that we are codifying the understanding, the philosophy that has always been in medicare, namely the grey area of chronic care—I have to speak like that because it is a grey area between the lay language and technical language on the word chronic care. Only when the chronic-care patient lives there for life because there is presumably no bed in a nursing home. Normally the person would go to a nursing home but happens to remain after medical discharge in a hospital bed because of lack of a nursing-home bed, then the province can over-charge that person for bed and room.

I would submit that I should have been a little more precise in answering Mr. Warren Allmand on another point, which is the couples problem. The Bill, I have said it clearly, is written from the patient's viewpoint, the individual patient's viewpoint. Then if he talks of the couple, in cases where it is a couple and one of the two is at home and well, and the other one remains in a hospital bed forever because of lack of a nursing home, that is what it means, that person would then be charged board and room. That person can never go back home, so in any event the couple has to make a choice at that point in time. Do you see, Warren, what I am trying to describe?

[Translation]

M. Epp: Monsieur le président, pouvons-nous avoir des précisions... j'invoque le Règlement. J'aimerais avoir des précisions simplement pour qu'on gagne du temps. Je crois toujours que la question soulevée par M. Allmand et M^{lle} MacDonald est de savoir si oui ou non ces services sont assurés et si, à ce moment-ci, on peut évaluer si oui ou non un paiement doit être effectué par un particulier. Ce n'est pas du tout ce dont traite l'article 19, sauf le respect que je vous dois, à moins que je me sois trompé complètement. L'article 19 traite des frais modérateurs lorsque des personnes se trouvent à l'hôpital dans un service de soins actifs et qu'ils doivent payer parce qu'il n'y a pas d'autre service où aller et que les soins chroniques ne sont pas couverts par l'assurance.

M. Allmand: C'est compris dans le terme «hôpital».

M. Epp: On en revient à la question d'endroit, ils ne sont pas tous couverts. Il est question de l'engagement que le ministre a pris un peu plus tôt, lorsqu'elle a dit qu'elle n'imposerait pas de fardeau financier additionnel aux provinces. Voilà ce qu'elle a dit. Sauf le respect que je vous dois, monsieur Allmand, vous discutez du service assuré par opposition aux frais modérateurs dont nous traitons ici, à moins que j'aie mal interprété l'article.

M. Breau: Posez la question au ministre afin d'obtenir des éclaircissements.

Le président: Je pense que nous allons devoir poursuivre. Je ne crois pas qu'il y ait consensus. Il y a vraiment...

M. Epp: Pourrions-nous avoir des précisions? Est-ce que le ministre peut nous donner une autre interprétation de l'article 19?

Le président: Madame le ministre, voulez-vous faire une remarque au sujet du rappel au Règlement de M. Epp?

Mme Bégin: En présentant le paragraphe 2 de l'article 19, je prétends que nous codifions l'entente, la théorie qui a toujours existé pour les soins de santé, c'est-à-dire la zone grise constituée par les soins pour maladies chroniques—je dois m'exprimer ainsi puisqu'il s'agit d'une zone grise entre le langage des profanes et celui des techniciens. C'est le cas seulement du malade chronique qui vit à l'hôpital parce qu'il n'y a pas de lit pour lui dans une maison de repos. Habituellement, cette personne irait dans une maison de repos, mais elle demeure à l'hôpital après avoir reçu son congé à cause du manque d'espace dans la maison de repos, à ce moment-là, la province peut procéder à une surfacturation pour le lit et la chambre.

J'avoue que j'aurais dû répondre de façon un peu plus précise à la question de M. Warren Allmand sur un autre sujet, le problème des couples. Le projet de loi, je l'ai dit de façon très claire, est rédigé du point de vue du malade, du point de vue du particulier malade. Si M. Allmand songe aux couples, dans ces cas si un des deux est à la maison et en bonne santé, et que l'autre demeure à l'hôpital indéfiniment à cause du manque d'espace dans la maison de repos, c'est bien ce que je veux dire, on fera payer une pension à cette dernière. Elle ne peut plus retourner à la maison, par conséquent de toute façon

[Texte]

Mr. Allmand: What is the choice for the couple?

Madam Bégin: A choice of change of life. I am sorry to discuss these questions that are human in the committee like this but...

Mr. Allmand: For the spouse it means get rid of their apartment and move into a room.

Madam Bégin: No. I will repeat. In the case of a couple, one person is well and at home, and the other must be taken to hospital, and after whatever amount of time the attending physician discharges that person on medical grounds, saying: I am sorry, I cannot do any more medically. The person is still in a chronic-care situation. That means the person will not be able to go back home unless they have a homemaker service and will most probably have to go into a nursing home. If there is no such nursing home, that person will remain in the hospital set-up and will be charged. For the couple it is a new situation which in any event they would have to face and make a decision on, because the person would otherwise go to a nursing home. *ce n'est pas très clair, là*

The Chairman: I have two or three more people and we are still talking on the grounds as to whether we are going to stand it or not through my committee about that. Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, the discussion so far indicates that you must stand it, because there are too many questions that have not been answered. It is not clear to me, for example, that what the Minister says is inherent in the wording, in terms of the permanency of residence. That is not clear at all. The limit on charges that Mr. Allmand has raised as a possibility of dealing with the problem should be looked at as well.

I wonder if the question of what happens to a child who is in this kind of situation is addressed by this amendment. I just leave those questions with the assumption that the Clause will be stood to deal with the questions and recommendations that have been raised in this discussion.

The Chairman: Dr. Halliday again, please.

Dr. Halliday: This is an interesting topic we are on, and this is one of the few times I agree with the Minister. I think she is right this time.

What this amendment, subclause (2) is dealing with, is payments with respect to accommodation meals in chronic care. Mr. Lachance, as he often does, puts his finger on the two issues here. There is a little different nuance to what Mr. Epp has in his amendment as compared to the government amendment. I think they are both right. I think it would be very simple to combine those two. In no way do either of those amendments address the problem that Mr. Allmand has raised. That is another issue altogether; the same with the problem that Miss MacDonald has raised. They are different issues. But this is not difficult to resolve in my view.

[Traduction]

le couple doit faire un choix à ce moment-là. Est-ce que vous comprenez, Warren, ce que j'essaie de dire?

M. Allmand: Quel choix a ce couple?

Mme Bégin: Le choix de changer de vie. Je m'excuse de discuter de ce genre de question humaine ici au Comité, mais...

M. Allmand: Pour le conjoint cela signifie qu'il doit se débarrasser de son appartement et aller en chambre.

Mme Bégin: Non. Je vais répéter ce que j'ai dit. Dans le cas d'un couple, si une personne est en bonne santé, qu'elle demeure à la maison, que l'autre doit être hospitalisée, si le médecin traitant décide de lui donner son congé pour des raisons médicales et lui dit: excusez-moi, mais je ne puis plus rien faire sur le plan médical, la personne doit toujours recevoir des soins pour maladie chronique. Cela signifie qu'elle ne peut pas retourner chez elle à moins d'obtenir des soins à domicile, et qu'elle devra probablement se rendre dans une maison de repos. S'il n'y a pas de maison de repos, elle demeurera à l'hôpital et on la fera payer. C'est une nouvelle situation pour le couple qui, de toute façon, doit faire face à une décision puisque autrement la personne malade devra aller dans une maison de repos. *It is not very clear.*

Le président: J'ai encore deux ou trois personnes sur la liste, et nous nous demandons toujours si nous devons réserver ou non l'article à ce sujet. Monsieur McCauley.

M. McCauley: Monsieur le président, d'après les discussions que nous avons eues jusqu'à maintenant, vous devez le réserver, car trop de questions demeurent sans réponse. Je ne sais pas très bien, par exemple, si ce que dit le ministre se rattache au libellé, au sujet de la permanence de la résidence. Ce n'est pas du tout clair. M. Allmand a soulevé la question de limiter les frais comme une possibilité de solution, il faudrait également l'examiner.

Je me demande si l'amendement se rapporte également à ce qui arrive à un enfant qui se trouve dans la même situation. Je pose simplement cette question en supposant que l'article sera réservé afin de tenir compte des questions et des recommandations qui ont été mentionnées pendant cette discussion.

Le président: De nouveau, monsieur Halliday.

M. Halliday: Nous discutons d'un sujet intéressant, et c'est une des rares fois où je suis d'accord avec le ministre. Je crois qu'elle a raison cette fois-ci.

Ce dont traite l'amendement, le paragraphe (2), c'est des paiements concernant la pension pour les malades chroniques. M. Lachance, comme il le fait souvent, a mis le doigt sur les deux questions qui font problème. Il y a une petite nuance entre l'amendement de M. Epp et celui du gouvernement. Je crois qu'ils ont tous deux raison. Il serait très simple, à mon avis, de fusionner les deux. C'est deux amendements ne portent aucunement sur la question soulevée par M. Allmand. Il s'agit d'une tout autre question, comme celle de M^{lle} MacDonald, d'ailleurs. Il s'agit de questions différentes. Toutefois, il ne serait pas difficile de régler ces problèmes.

[Text]

• 1710

If we are going to stand it, I would suggest we consider adding into Jake Epp's amendment after the word "rehabilitation" the words from the government amendment "in the opinion and in the opinion of the attending physician", because there are two points there. We want to allow reasonable time for rehabilitation to take place and we want the physician in attendance to make the final decision, because he has to sign the papers eventually. I think it would take care of these two amendments that are actually before us now, namely the government one and Jake Epp's one, if we just added to his amendment after "rehabilitation" the words "and in the opinion of the attending physician". It takes care of both of those components that go to make up that decision whether or not the patient should be paying something towards accommodation and meals.

The Chairman: Mr. Breau, do you want to speak again?

Mr. Breau: I wanted to ask a question of the Minister. Let us give her some time.

The Chairman: I wonder if we might ask the Minister to return to the table when she has finished her discussion.

Mr. Breau: The Minister seemed to be very secure in the fact that the wording "more or less permanently resident in a hospital" clearly meant what she intends, which is if a person is not more or less permanently resident, is therefore not a chronic care patient and would not be charged. Could she tell the committee where she gets this assurance that those words mean that? Is there a history to those words? Has it been used to define the situation before?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: The answer is, yes, there has been a history of these words, although this are not the expression. The phrase in that amendment "in the opinion of the attending physician" which means the procedure of the medical discharge, and the expression "more or less permanently resident in a hospital" have underlined the exercise of medicare since the beginning, but did not appear to my knowledge in existing legislation, regulations or agreement. However, they appeared in the guidelines that all officials, federal and provincial, have always used in all the years of cost-sharing. In that sense they have been tested by time, we think.

The chronic care area is the grey area of where does medicare stop. We think an effort of clarification is essential. I am conscious that the Bill, by using this reference which we think is the most objective, by opposition to concepts like long term or reasonable period, which are necessarily going to be subject to administrative decisions and therefore the subject of people with a vested interest opposite to the patient. It could be in terms of money needs that we think are more dangerous. Whatever definition we adopt, the closest to... we think the patient's viewpoint is the best. But I am conscious that—and that probably meets the point made by Flora MacDonald... because the provinces did not permit to add mental hospitals in this Bill, in practice this Bill will codify that which has always existed, will do nothing different, but could be interpreted by

[Translation]

S'il faut adopter l'amendement, je propose d'étudier la possibilité d'ajouter à l'amendement de M. Epp les mots: «de l'avis du médecin traitant», car il s'agit de deux questions précises. Nous voulons accorder un délai raisonnable pour la réadaptation et nous voulons que le médecin traitant prenne la décision finale, car c'est ce dernier qui doit apposer sa signature sur les documents. Cela réglerait la question des deux amendements dont nous avons été saisis, notamment celui du gouvernement et celui de Jake Epp; il suffit d'ajouter à l'amendement de M. Epp les mots «de l'avis du médecin traitant». On tiendrait donc compte des deux aspects qu'il faut considérer lors d'une prise de décision à savoir si le patient devrait ou non donner une contribution pour son hébergement ou ses repas.

Le président: Monsieur Breau, voulez-vous prendre la parole à nouveau?

M. Breau: Je tenais à poser une question au ministre. Donnons-lui quelques minutes.

Le président: Pourrais-je demander au ministre de retourner à la table lorsqu'elle aura terminé sa discussion?

M. Breau: Le ministre semble convaincu que la proposition: «personne qui séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital» exprime bien ce qu'elle pense: C'est-à-dire, que si une personne ne séjourne pas de façon plus ou moins permanente à l'hôpital, il ne s'agit pas d'un patient chronique et il n'y aurait pas lieu de lui imposer des frais modérateurs. Pourrait-elle dire au Comité d'où elle tire sa conviction? Ces mots ont-ils une histoire? Ont-ils déjà été employés pour définir la situation?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Oui, ces mots ont une histoire, même s'il ne s'agit pas d'une expression consacrée. Les expressions «de l'avis du médecin traitant», c'est-à-dire l'autorisation accordée par le médecin de quitter l'hôpital, et «personne qui séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital» ont toujours été utilisées dans le contexte de soins de la santé, bien qu'à ma connaissance, on ne les retrouve dans aucune loi, aucun règlement ni aucune entente. Toutefois, elles se trouvent dans toutes les lignes directrices utilisées par tous les fonctionnaires, tant fédéraux que provinciaux, depuis le début des programmes à frais partagés. En ce sens, elles ont déjà été mises à l'essai.

Le domaine des soins chroniques est une zone grise dans laquelle il est difficile de préciser où cessent les soins de santé. Nous croyons qu'il est essentiel de le préciser. Je sais que, dans le projet de loi, on utilise une disposition qui est la plus objective possible, en regard de concepts tels qu'à long terme ou pour une période raisonnable, qui seront nécessairement subordonnés à des décisions administratives; par conséquent, nous avons d'un côté les gens dont les intérêts sont en cause et de l'autre, le patient. Il se peut que les besoins en argent soient plus litigieux. Quelle que soit la définition adoptée, la meilleure, à notre avis, est celle qui s'apparente davantage au point de vue du patient. Je reprends un peu l'idée formulée par Flora MacDonald, car les provinces ne nous permettaient pas d'inclure les institutions pour malades mentaux dans ce projet

[Texte]

provincial governments—I am really talking in theory; I have no reason to fear that—but could be in theory, interpreted as meaning that psychiatric hospitals, for example, who do not charge in practice for people living there might now be permitted to charge. Well, that is a theory that is possible, but it has always been. We are not changing anything by our amendment. Did I answer your question?

• 1715

Mr. Breau: Yes. What you are saying is that the words “in the opinion of the attending physician” more or less permanently resident in a hospital while it did not appear in law, has an understanding between federal officials and provincial officials since away back.

Madam Bégin: Yes.

Mr. Breau: Since 1958?

Madam Bégin: Since 1968.

Mr. Breau: Since the medicare legislation of . . .

Madam Bégin: Since 1973.

Mr. Breau: Since 1973.

Madam Bégin: Yes.

Mr. Breau: That meant what you intend it to mean.

Madam Bégin: Yes, that is why we took it from these documents.

Mr. Breau: Well, in that case, there is less chance of conflict with provincial governments as to these definitions, if we use the same words that existed in those definitions before.

The Chairman: Miss MacDonald, do you still wish to have the floor?

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Thank you, Mr. Chairman.

The issue that I have is really not addressed in this amendment. I do not know quite how to address it. I think we have to go back to Clause 2 and take a look at Clause 2 and the definitions there. What we are talking about is a description of a nursing home, really, and a definition of the institutions that may be exempted from any kind of user fees.

At the present time, if you are in a nursing home, whether it is in Quebec or in Ontario or wherever, and you are there for the rest of your life, you are paying fees.

Madam Bégin: As a point of information.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): I do not know how to address this because there are some people who are being called upon to pay, who simply do not have the means to do it.

The Chairman: Madam Bégin.

[Traduction]

de loi; en principe, il codifiera ce qui a toujours existé, il ne changera pas quoi que ce soit, mais il pourrait, en théorie, faire l'objet d'une interprétation par les gouvernements provinciaux; en théorie, on pourrait interpréter cette disposition comme incluant les hôpitaux psychiatriques, par exemple, qui n'exigent pas de frais modérateurs mais qui, dorénavant, pourraient le faire. C'est une possibilité, mais une possibilité qui a toujours existé. Notre amendement ne change rien à rien. Ai-je répondu à votre question?

M. Breau: Oui. Vous dites que ce sont toujours les médecins traitants qui ont décidé qui séjournait de façon plus ou moins permanente à l'hôpital; même si cela n'est pas précisé dans les textes de loi, il s'agit d'une entente entre les provinces et le gouvernement fédéral, entente qui remonte à il y a longtemps.

Mme Bégin: Oui.

M. Breau: Cela remonte à 1958?

Mme Bégin: À 1968.

M. Breau: Depuis la loi . . .

Mme Bégin: Depuis 1973.

M. Breau: Depuis 1973.

Mme Bégin: Oui.

M. Breau: On interprétait ces dispositions comme vous l'entendez.

Mme Bégin: Oui; voilà pourquoi nous l'avons puisé dans ces documents.

M. Breau: Dans ce cas, il y a peu de chance que ces définitions soulèvent des conflits avec les gouvernements provinciaux, dans la mesure où les mêmes expressions employées autrefois sont consacrées.

Le président: Mademoiselle MacDonald, voulez-vous avoir la parole?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Cet amendement ne porte pas sur la question que je soulève. Je ne sais pas au juste comment l'aborder. Il faut probablement revenir à l'article 2 et à ses définitions. Il s'agit des maisons de repos et du genre d'établissement qui pourrait ne pas imposer de frais modérateurs sous quelque forme que ce soit.

À l'heure actuelle, une personne qui se trouve dans une maison de repos jusqu'à la fin de ses jours, qu'il s'agisse du Québec, de l'Ontario ou d'ailleurs, doit payer des frais modérateurs.

Mme Bégin: Je pourrais vous dire . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je ne sais pas comment m'attaquer à ce problème, car il semble que l'on exige des paiements de personnes qui ne sont pas en mesure de payer.

Le président: Madame Bégin.

[Text]

Madam Bégin: If you would permit me, on that point, Florence, and that you can check with all of the provinces. We did check with them. It is a well-entrenched practice, and a good, pragmatic approach by the way, all of these places charge, although not under any federal legislation, the equivalent of our OAS/GIS minus a comfort allowance that they leave to the people. So in practice what you say does not apply. In Ottawa, if they are below 65 they fall under CAP. Under 65 they fall under CAP, the Canada Assistance Plan. So in practice, although unpleasant, that is the least we can agree on. It is not wrong or unmet by people. It is met. I will add that the medicare part of that, the treatment part . . .

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Oh yes, I know that.

Madam Bégin: —whatever the number of hours, like certain categories in Ontario of institutions go by so many hours per day etc. They are all met free. That part is totally free.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Yes, I understand that.

Madam Bégin: It is only the board and room part which corresponds to the pensions.

Mr. Allmand: On a point of order.

The Chairman: I will recognize you just on debate, Mr. Allmand, if you wanted some questions.

Mr. Allmand: Madam minister, I do not know if what you just said is correct in Quebec. People have come to me who have gone to these private nursing homes and they are charging them \$1000 a month, which is way beyond the GIS and the OAS.

Madam Bégin: Yes. Those are the private nursing homes which do not fall under the category of public nursing homes.

Mr. Allmand: That is right.

Madam Bégin: But that is the choice of people.

Mr. Allmand: Well, where else are they to go?

Madam Bégin: In that they have a choice. I am sorry. Can I add a point of information?

Firstly, the point you are making all the way through and on which you are absolutely correct and which is going to be changed in Quebec is the convalescent homes, what is called *l'hôpital des convalescents etc. etc.* We now have the list of those in Quebec that the Quebec government will take them out . . .

Permettez-moi de le dire en français, parce que je ne connais pas ces mots en anglais.

Ils relèvent de la catégorie administrative: établissement de soins prolongés. Ils seront donc retirés de cette catégorie où ils se voient imposer des frais, pour passer dans la catégorie des hôpitaux où l'on ne peut les facturer parce que c'est de courte

[Translation]

Mme Bégin: Si vous le permettez, Florence, je vous dirai de communiquer avec toutes les provinces. Nous l'avons fait. C'est une pratique bien ancrée et une façon pragmatique d'aborder la question; tous ces établissements, même s'ils ne sont pas visés par une loi fédérale, exigent l'équivalent de la sécurité de la vieillesse, le SRG, sans compter les frais pour des services supplémentaires à la discrétion du client. Donc en pratique, la situation que vous décrivez n'existe pas. À Ottawa, si ces personnes sont âgées de moins de 65 ans, elles peuvent faire appel au Régime d'assistance publique. Alors en pratique, même si cela n'est pas très agréable, nous pouvons en arriver à un accord. Ce n'est pas mauvais, et on n'y déroge pas. On respecte cette disposition. J'ajouterai que la partie des traitements qui est visée par les soins de santé . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, je sais.

Mme Bégin: . . . quel que soit le nombre d'heures, certaines catégories d'établissements ontariens sont exploités en tenant compte des heures par jour. Ces soins sont dispensés gratuitement. Cette partie des soins est tout à fait gratuite.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, je comprends cela.

Mme Bégin: Il ne s'agit que de l'hébergement et des repas, qui correspondent aux pensions.

M. Allmand: J'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Allmand, je ne vous céderai la parole que si vous avez des questions à poser.

M. Allmand: Madame le ministre, je ne sais pas si ce que vous avez dit s'applique au Québec. Des personnes m'ont dit que certaines de ces maisons de repos leur demandaient 1,000\$ par mois, somme qui est de loin supérieure au supplément de revenu garanti et à la sécurité de la vieillesse.

Mme Bégin: Oui. Il s'agit de maisons de repos privées qui ne comptent pas parmi les maisons de repos publiques.

M. Allmand: C'est exact.

Mme Bégin: Mais le choix de maisons de repos est laissé aux gens.

M. Allmand: Et bien, ont-ils le choix d'aller ailleurs?

Mme Bégin: Ils ont le choix. Je regrette. Puis-je ajouter quelque chose?

D'abord, ce que vous dites, et vous avez tout à fait raison de le dire, c'est qu'au Québec, on modifiera les hôpitaux de convalescents; nous avons maintenant une liste de ces hôpitaux, et le gouvernement les placera dans une autre catégorie.

Please allow me to say this in English as some of these words do not readily come to mind in English.

They fall under the administrative category of long-term health institutions. They will be withdrawn from this category where fees are requested and fall in the category of hospitals where no fees can be asked, as they are short-term health care

[Texte]

durée. C'est une formidable clarification pour les malades. C'est la question que vous avez soulevée au début.

• 1720

Maintenant, quand vous parlez de *nursing homes*, il s'agit vraiment de maisons d'accueil pour les personnes âgées. Il y a le réseau public et l'éventail des maisons plus ou moins subventionnées où cela peut coûter très cher. Mais je suis obligée de le répéter: peut-être que, en pratique, la personne a moins de choix parce qu'il n'y a pas assez de places offertes, mais la personne a le choix. Personne ne peut l'obliger à payer 1,000 dollars dans une maison privée ou plus ou moins privée, parce que c'est

"according to means". It is unpleasant, but it is not unfair—or illegal, for that matter, like it used to be. It is being corrected now.

Mr. Allmand: Madam Minister, it may not be illegal. All I can tell you is that is one serious gap in our health social services network. You say they do not have a choice. But the choices of the places they have to go to are sometimes old buildings, three or four people in a room that when that was a house there was one person in the room. There is sometimes one tiny little room where the people are stuffed in to receive visitors. It is certainly not acceptable in an advanced, rich country like Canada.

I do not know if we can solve it with this clause of this bill, but . . . We have already stood Clause 2, and we have agreed to try to stand this. I think we should look for a better solution; what we have is not enough right now.

The Chairman: I will hear Mr. Blaikie again, and I will go back to Mr. Epp. We were still going to give advice to the government and to each other as to whether we want to make some changes here and whether we are going to stand the clause.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I just wanted to make it clear that I share the concern of those who are expressing their distaste really for what goes on in many nursing homes and the circumstances in which people are put there. But that is not what we are talking about with these amendments. Just for the sake of clarity and not going on and on about how horrible it is, we know how horrible it is. But that is not what we are debating here.

The question of the services that are provided to people, four in a room, private nursing homes and everything, that has to do with the long-term policies of the Government of Quebec and other provinces that allow those kinds of rat holes to exist. The PQ has not been in power in Quebec forever, you know. If you want to lament the state of the private nursing home industry in Quebec, then you ought to ask yourself how come there has not been built up over the years the number of beds in public and non-profit nursing homes that there should have been.

[Traduction]

facilities. It is a great clarification for patients. That was the question that you raised at the beginning.

When you talk about nursing homes, you really mean old age homes. There is a public network and a range of more or less subsidized homes which can be very expensive. But I feel that I must say it again: It may be that, in practise, the person does not have as much of a choice, because there is not enough space, but the person does have a choice. No one can make him or her pay a thousand dollars in a private or semiprivate home because it is

«selon les moyens». C'est déplaisant, mais ce n'est pas injuste, ou même illégal, comme ce l'était autrefois. On est en train de rectifier la situation.

M. Allmand: Ce n'est peut-être pas illégal, madame le ministre. Mais je peux vous dire que c'est là une grave lacune dans notre réseau de services sociaux et de santé. Vous dites que les personnes en question n'ont pas le choix. Mais lorsqu'on parle de choix, il s'agit parfois de vieilles maisons, où trois ou quatre personnes occupent une chambre qui autrefois était occupée par une seule personne. Il n'y a parfois qu'une seule petite pièce où tous les résidents doivent recevoir leurs visiteurs. Dans un pays riche et avancé comme le Canada, de telles conditions ne sont certainement pas acceptables.

Je ne sais pas si l'article que nous étudions permettra de résoudre le problème, mais . . . Nous avons déjà réservé l'article 2 et nous avons convenu de tenter de réserver celui-ci. Je crois qu'il faut chercher une meilleure solution; ce que nous avons en ce moment est inadéquat.

Le président: Je vais redonner la parole à M. Blaikie, puis je reviendrai à M. Epp. Il va falloir décider si nous voulons modifier ou réserver l'article et prévenir le gouvernement.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je tiens à préciser, monsieur le président, que je partage les inquiétudes de mes collègues qui sont dégoûtés par les conditions de vie dans certaines maisons d'accueil et par les circonstances dans lesquelles les personnes âgées y sont reléguées. Mais ce n'est pas ce dont il s'agit dans ces amendements. Ce n'est pas la peine de dire et de répéter combien c'est horrible; nous savons que c'est horrible. Mais ce n'est pas de cela qu'il est question ici.

La question des services offerts au public, les maisons d'accueil privées, le fait qu'on est parfois quatre par chambre, tout cela dépend des politiques à long terme du gouvernement du Québec et des gouvernements des autres provinces qui permettent que des boîtes de ce genre continuent d'exister. Vous savez, au Québec, le Parti québécois n'a pas toujours été au pouvoir. Avant de vous en prendre aux exploitants de maisons d'accueil privées au Québec, vous devriez vous demander comment il se fait qu'on n'a pas construit, au cours des années, un réseau de maisons d'accueil publiques et à but non lucratif, pour qu'il y ait autant de places qu'il faudrait.

[Text]

Mr. Allmand: Not just orders used to do it; families used to do it to a much greater extent.

The Chairman: We have gotten to the stage of Mr. Epp. I think we have exhausted the speakers on this particular point. What do you suggest from here?

Mr. Epp: Mr. Chairman, I am almost exhausted too. I will go for another one.

Mr. Chairman, I think the point that Mr. Blaikie put on the record is important—that these amendments do not address the issue that Mr. Allmand and Miss MacDonald raised. I have to repeat that those questions, while valid—and I would like to address them—come right to the heart of the problem we have been facing in this bill; that is, those are services now not covered. We are not talking about millions of dollars, but literally billions if you really want to correct that system through public funding. I am not arguing the validity or lack of that position, but that is not the vehicle we have in front of us here today at all. That is quite another matter.

Mr. Chairman, having said that, I really do not know what the point of standing this is unless there is an understanding that we want to combine the two features of the government's amendment and ours. That is acceptable to me; but if we do not want to do something like that, I do not know the point of standing it.

The Chairman: We have had a long discussion since we originally discussed the possibility of standing. I had perhaps the impression that I did not know whether standing it was still the wish of the committee or not.

Mr. MacLellan.

• 1725

Mr. MacLellan: Yes, it is, Mr. Chairman. I think the more the discussion has gone on, the more I feel we should stand it. I think, in fairness to all the arguments that have been put forward, you should give this further consideration.

Mr. Lachance: Could I ask a question of Mr. Epp. I do not know whether it will help or not.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: If the collegiality of the decision is the problem, I think that should be addressed within the confines of the government amendment and then proceeded that way.

If the problem is whether or not we want to allow flexibility of a concept of "more or less permanently resident", which is to say those people that will not go back to the system. well then we have to address Mr. MacLellan on its merit. It depends on what the problem is in the mind of the mover. It is up to him, of course, to decide I guess whether he wants to press ahead with the concept in his own amendment with its deficiencies, or if he wants to press ahead in trying to change the government amendment with its own perceived deficiencies in terms of collegiality. It would be helpful to know that.

[Translation]

M. Allmand: Cela ne se faisait pas uniquement sur l'avis du médecin; il y avait encore plus de familles qui faisaient elles-mêmes le choix.

Le président: Je dois maintenant donner la parole à M. Epp. Il n'y a plus de députés qui veulent intervenir à ce sujet-là. Que dois-je faire?

M. Epp: Je suis moi-même presque épuisé, monsieur le président. Je vais changer de sujet.

M. Blaikie a dit, monsieur le président, que les amendements ne permettent pas de résoudre le problème soulevé par M. Allmand et M^{lle} MacDonald, et je crois que son observation mérite notre attention. Je crois que les questions soulevées par les deux députés, quoique valables—et je voudrais en parler moi-même—sont au coeur du problème posé par le projet de loi; c'est-à-dire, les services en question ne sont pas assurés. Pour rectifier la situation au moyen de subventions gouvernementales, il faudrait dépenser non pas des millions de dollars, mais des milliards. Je ne dis pas si c'est bon ou mauvais; je dis simplement que le projet de loi n'est pas l'instrument qu'il nous faut pour régler le problème. Ce sont deux choses tout à fait différentes.

Cela dit, monsieur le président, je ne vois pas pourquoi on réserverait l'article, à moins qu'il ne soit question d'amalgamer les deux amendements. Cela me paraît acceptable; mais si nous ne voulons pas amalgamer notre amendement et celui du gouvernement, je ne vois pas pourquoi on réserverait l'article.

Le président: Le débat sur la possibilité de réserver l'amendement a été plutôt long. Je ne sais plus tellement si les membres du Comité veulent toujours qu'il soit réservé.

Monsieur MacLellan.

M. MacLellan: Oui, monsieur le président. Plus j'écoute le débat, plus je pense que nous devrions réserver cet amendement. Par égard aux arguments qui ont été présentés, il me semble que nous devrions mieux réfléchir à tout cela.

M. Lachance: J'aimerais poser une question à M. Epp. Je ne sais pas si cela fera avancer le débat, cependant.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Si le problème réside dans la collégialité de la décision, nous pourrions essayer de le régler dans le contexte de l'amendement gouvernemental, pour pouvoir continuer.

Si nous ne savons pas, par contre, si nous voulons avoir une certaine souplesse de ce principe d'un résident plus ou moins permanent, pour ceux qui ne réintégreront pas le système, dans ce cas, nous devons juger de la proposition de M. MacLellan. Cela dépend de la perception du problème chez celui qui a présenté l'amendement. Il lui revient bien sûr de décider s'il veut continuer à défendre son propre amendement malgré ses lacunes, ou s'il veut essayer d'amener une reformulation de l'amendement gouvernemental, qui a ses propres lacunes au niveau de la collégialité. Il serait bon de le savoir.

[Texte]

Mr. Epp: Mr. Chairman, I obviously would like to proceed with my amendment. If you recall what Dr. Halliday said, I do not know if that wording is acceptable, but we could, I think, insert "collegiality" and also the legal requirement of the attending physician's having to sign the certificate, into our amendment, but from what Mr. MacLellan said and Mr. Lachance, I am willing to stand these, and possibly the drafters can look at those two concepts and see what we come up with.

The Chairman: I am informed that we need the unanimous consent to stand the clause at this particular stage in the proceedings. The Parliamentary Secretary would like it stood. Mr. Epp, do you want it stood?

Mr. Epp: Agreed.

The Chairman: Is there unanimous consent to stand the clause?

Clause 19 allowed to stand.

Mr. Lachance: Now that it is stood, Mr. Chairman, good luck to the drafters because I am still not sure what we want to do.

On Clause 20—Deduction for extra-billing.

The Chairman: I may say that I gather there has been discussion among the parties, and that there is an agreement to try to get towards 6 p.m. and come back at 8 p.m. We do have an awful lot of work yet to do on the bill. There are a great number of amendments. The committee has been very diligent and conscientious, but I think we will go on that way.

With respect to Clause 20, I understand, Mr. Blaikie, that you have the first two amendments there.

Mr. Blaikie: Right. Mr. Chairman, have these amendments been distributed?

The Chairman: I hesitate to mention it, but I think they are marked 22(a) and 22(b) of the NDP. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I move that Clause 20 of Bill C-3 be amended by striking out line 19 on page 11 and substituting the following therefor:

to the province

(a) in respect of the first fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to one dollar for every dollar;

(b) in respect of the second fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to two dollars for every dollar;

(c) in respect of the third or a subsequent fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to three dollars for every dollar.

The (b) part of my amendment—by striking out line 26 and substituting the following therefor:

accordance with the regulations

Shall I move it bit by bit?

[Traduction]

M. Epp: Monsieur le président, il est bien évident que je voudrais que mon amendement soit adopté. Si vous vous rappelez ce que disait M. Halliday, je ne sais pas si le libellé serait acceptable, mais nous pourrions, je crois, insérer le mot «collégialité» dans notre amendement, en y ajoutant aussi l'obligation, pour le médecin traitant, de signer le certificat; cependant, après avoir entendu MM. MacLellan et Lachance, je suis disposé à réserver l'amendement, pour permettre aux rédacteurs de se pencher sur ces deux concepts, et peut-être régler le problème.

Le président: On me dit qu'il faut le consentement unanime des membres du Comité pour réserver l'article. Le secrétaire parlementaire voudrait que l'article soit réservé. Monsieur Epp, êtes-vous d'accord?

M. Epp: D'accord.

Le président: Y a-t-il consentement unanime pour que l'article soit réservé?

L'article 19 est réservé.

M. Lachance: Maintenant que l'article est réservé, monsieur le président, je tiens à souhaiter bonne chance aux rédacteurs, car je ne suis pas encore sûr de savoir ce que nous voulons.

Article 20—*Déduction en cas de surfacturation*

Le président: Les représentants des partis ont discuté entre eux et ils sont d'accord pour continuer à siéger jusque vers 18 heures et revenir à 20 heures. Nous avons encore énormément de travail à faire sur ce projet de loi. Beaucoup de projets d'amendement ont été déposés. Les membres du Comité ont été très consciencieux et diligents, et j'espère qu'ils continueront à l'être.

Au sujet de l'article 20, je crois savoir, monsieur Blaikie, que vous voulez présenter deux amendements.

M. Blaikie: En effet. Monsieur le président, ces amendements ont-ils été distribués?

Le président: J'hésite à le dire, mais je crois qu'ils sont numérotés 22a) et 22b) du NPD. Monsieur Blaikie, vous avez la parole.

M. Blaikie: Monsieur le président, je propose que l'article 20 du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, à la ligne 18, page 11, de ce qui suit:

à cette dernière

a) pour le premier exercice financier où la province ne respecte pas les conditions, un montant égal;

b) pour le deuxième exercice financier où la province ne respecte pas les conditions, un montant double;

(c) pour le troisième exercice financier ou pour tous les autres qui suivent, où la province ne respecte pas les conditions, un montant triple.

La deuxième partie de mon amendement—en substituant, à la ligne 25 ce qui suit:

ment aux règlements

Dois-je continuer?

[Text]

The Chairman: We are just going to ask you to move (a) and (b) as you have done and we will come back to (c) after the government amendment.

Mr. Blaikie: Okay.

The Chairman: Would you speak to your amendment, please. If you could restrict it to the two parts you have moved so far.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I believe (c) as well as (a) and (b) have to do with the concern that I have expressed a number of times to the committee and which several of the witnesses, including the Canadian Health Coalition and others brought up. That had to do with adequacy of the penalties, whether or not the penalties were really fiscally significant for those provinces that by coincidence allow the highest amount of extra-billing, for example, and also user fees in some cases; that is, for instance, the Province of Ontario or Alberta, where the amount that the provinces would be penalized, if the dollar-for-dollar penalty were to be the penalty formula, would be fiscally inconsequential for these provinces.

• 1730

So the idea is to make it tougher and tougher for provinces who continue to allow extra-billing and user fees in the face of the political consensus arrived at here in Ottawa by all three political parties against extra-billing and user fees. Now, I have never been able to tell for sure whether or not the federal government adopted the dollar-for-dollar penalty because they thought that going beyond the dollar-for-dollar penalty involved some sort of constitutional barrier; there have been intimations of that. On the other hand, it seems to have been argued as well that it is not so much a constitutional line that the government would be crossing as a political line if they sought to penalize provinces for more than the amount that actually accrued to the provinces by continuing to allow these practices.

I share the judgment of the witnesses who came before us and questioned the adequacy of the penalties. I realize that the effect of the Bill will not only be in its penalties, but that it will also have a political effect on provinces, and a symbolic effect. I had hoped that there might even have been a positive fiscal effect. If you will recall, I was earlier on advocating that there be some kind of positive incentive for provinces who sought to comply with the new Canada Health Act in the first year, early on in the three-year period.

So I do not want it to be construed that this is the result of a purely punitive consciousness. I recognize both the wider political effect that the proposed Act can have, even in the absence of these penalties, and the greater political effect that the proposed Act could have had if there had been some kind of positive incentives for complying provinces contained within the proposed Act. Nevertheless, I feel that the penalties—as as I suggest they be, an escalating penalty—would have more chance of bringing all provinces around more quickly and thus avoiding the problem of putting at a disadvantage provinces that for one reason or another do comply with the provisions of the new Act early on, and leave themselves at a possible

[Translation]

Le président: Nous allons vous demander de présenter les parties a) et b) de vos amendements, et nous reviendrons ensuite à la troisième partie, après l'amendement gouvernemental.

M. Blaikie: D'accord.

Le président: Pouvez-vous maintenant expliquer votre amendement? Je vous prie de vous en tenir aux deux premières parties présentées.

M. Blaikie: Monsieur le président, cet amendement en trois volets découle des préoccupations que j'ai présentées à quelques reprises en comité et qui ont été soulevées par plusieurs des témoins, y compris la Coalition canadienne de la santé. Ces préoccupations portaient sur la suffisance des pénalités, si les pénalités feraient suffisamment mal financièrement aux provinces qui permettent le plus de surfacturation, et de frais modérateurs dans certains cas; je pense ici, par exemple, aux provinces de l'Ontario ou de l'Alberta, où le montant de la pénalité, si la formule d'un montant égal est retenue, n'aurait aucune conséquence financière pour les provinces.

Il s'agit donc de rendre de plus en plus difficile aux provinces de continuer de permettre la surfacturation et les frais modérateurs, alors qu'ici, à Ottawa, nous avons un consensus politique tripartite contre la surfacturation et les frais modérateurs. Je n'ai malheureusement jamais pu savoir sans l'ombre d'un doute si le gouvernement fédéral avait adopté la pénalité d'un montant égal parce qu'il croyait être bloqué par un obstacle constitutionnel; certains ont donné à penser que c'était la raison. D'autre part, certains ont fait valoir que ce n'est pas tant un obstacle constitutionnel que politique auquel se heurterait le gouvernement s'il cherchait à pénaliser les provinces d'un montant supérieur à ce que les provinces ont reçu grâce à ces pratiques.

Je suis d'accord avec les témoins qui mettent en doute la suffisance des pénalités. Ce projet de loi n'aura pas que des répercussions financières sur les provinces, mais aussi des répercussions politiques, symboliques. J'aurais espéré qu'il y aurait même peut-être eu un encouragement fiscal. Si vous vous rappelez, je réclamaï au début du débat que les provinces qui cherchent à se conformer aux dispositions de la nouvelle Loi canadienne sur la santé reçoivent un certain encouragement.

N'allez pas croire que le projet d'amendement de mon parti cherche simplement à punir. Je suis conscient tant de l'effet politique large que peut avoir le projet de loi, même si les pénalités ne sont pas imposées, que de l'effet politique global que pourrait avoir le projet de loi s'il contenait un encouragement aux provinces qui respectent les conditions du projet de loi. Quoi qu'il en soit, les pénalités, et je propose qu'elles soient ascendantes, inciteront les provinces à se conformer plus rapidement aux dispositions et permettront ainsi d'éviter le problème que certaines provinces qui respectent la nouvelle loi pourraient avoir, au sujet de la migration, par exemple, des

[Texte]

disadvantage with respect to physician migration, etc., if some of the ravings of the CMA are to be taken seriously with respect to the reaction of doctors.

So that is the idea. We have deliberately left open the notion of returning the money to provinces at the end of the three-year period, because we do want to leave that enticement in there for provinces who in the first year or two or three may not want to respond to the new Canada Health Act. We leave open the possibility of a change of heart or a change of government in those provinces, and would want that kind of redemptive possibility to be left there within the legislation. So that is . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, thank you. Could you also speak to your subclause (b), and could you inform the Chair as to whether it was your intention to strike out lines 26 to 28 inclusive and substituting, or just line 26 as you stated? We were having some problems with that up here.

Mr. Blaikie: Just a minute, Mr. Chairman.

The Chairman: Did you want it to end with "accordance with the regulations", or did you want to carry on with some other . . . ?

• 1735

Mr. Blaikie: Just a minute, Mr. Chairman.

The Chairman: At the end of of Clause 20.(1) you are talking in terms of striking out line 26 and putting back part of the line.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, to be quite honest, I am not sure.

The Chairman: I do not want to lead the witness, but was it a concern about the Minister's estimating the amount so charged? Was that the concern, or what? You see, lines 27 and 28 refer to the Minister estimating amounts so charged.

Mr. Blaikie: This was the wording after we had provided them with the body. This was the wording suggested by the legal department, and as usual they have left me hanging out on a limb.

Mr. Epp: Never trust a Liberal lawyer.

Mr. Blaikie: I am not able to give an opinion, Mr. Chairman. I understand it had some kind of grammatical origin, but I am not able to explain it.

The Chairman: We have some difficulty . . .

An Hon. Member: What are we doing, Mr. Chairman? Is he still counting his lines?

The Chairman: No, no. Order, please.

An Hon. Member: That is not a good start to get your amendment approved.

Mr. Blaikie: No, it is not.

The Chairman: Mr. Blaikie, after looking at it now can you make a decision as to what . . .

[Traduction]

médecins, si nous devons prendre au sérieux les menaces de l'A.M.C. quant à la réaction des médecins.

Voilà l'explication. Nous avons délibérément laissé la possibilité de remettre l'argent aux provinces à la fin de la période de trois ans, car nous tenons à laisser un encouragement dans le projet de loi pour les provinces qui, la première ou la deuxième ou la troisième année, ne voudront pas peut-être respecter la nouvelle Loi canadienne sur la santé. Nous laissons aux provinces la possibilité de changer d'opinion ou de gouvernement, et nous espérons que ce rattrapage sera possible dans le projet de loi. Voilà . . .

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Pourriez-vous maintenant expliquer le paragraphe b) de votre amendement, et pourriez-vous me dire si vous avez l'intention de biffer les lignes 24 à 26 inclusivement pour y substituer ce que vous avez présenté, ou voulez-vous simplement biffer la ligne 25? Nous avons de la difficulté à comprendre ici.

M. Blaikie: Un instant, monsieur le président.

Le président: Voulez-vous que l'article se termine sur les mots «ment aux règlements», ou voulez-vous continuer avec un autre . . . ?

M. Blaikie: Un instant, monsieur le président.

Le président: À la fin du paragraphe 20.(1), vous voulez biffer la ligne 25 et y substituer une partie de la même ligne.

M. Blaikie: À vrai dire, monsieur le président, je ne sais pas.

Le président: Je ne voudrais pas répondre à votre place, mais vouliez-vous empêcher le ministre d'estimer le montant? Était-ce là ce que vous vouliez faire? Aux lignes 25 et 26, on parle du montant estimé par le ministre.

M. Blaikie: Tel est le libellé que nous a proposé le service des juristes après que nous avons expliqué ce que nous voulions faire; comme d'habitude, on ne m'a pas bien donné toutes les explications.

M. Epp: Il ne faut jamais faire confiance à un avocat libéral.

M. Blaikie: Je ne sais pas quoi vous dire, monsieur le président. Je crois savoir qu'il y avait une explication d'ordre grammatical, mais je ne suis pas capable de la présenter.

Le président: Nous avons un problème . . .

Une voix: Que faisons-nous, monsieur le président? Est-il encore en train de compter les lignes?

Le président: Non, non. À l'ordre, s'il vous plaît.

Une voix: Ce n'est pas la meilleure présentation d'amendement que nous ayons eue.

M. Blaikie: J'en conviens.

Le président: Monsieur Blaikie, vous avez eu le temps de réfléchir, pourriez-vous maintenant nous dire ce que . . .

[Text]

Mr. Blaikie: Oh, scrap (b) altogether; to hell with it. It is the (a) part of the amendment I am concerned about, and that is in relation to the escalating penalty.

The Chairman: Do we have unanimous consent to drop (b)?

Some Hon. Members: Yes.

The Chairman: You have heard Mr. Blaikie's comments on his amendment on (a). Are there any further comments on that?

Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, Mr. Blaikie indicated that he had heard intimations—I think that is the word he used—about what the government position was. I have my own, but it may be helpful, since he was referring to that, to ask the Minister to explain the reasoning behind the dollar for dollar, and why not more. I guess it would sound more official if it came from her. That is what he was asking, what the rationale was.

The Chairman: Madam Minister, do you want to comment?

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman.

Rapidly, on two grounds: On the experience gathered in the department before block funding, where the user charges were deducted roughly dollar for dollar, where they existed and were against medicare, and when we dropped that provision by going block funding, that is when we observed a sharp increase in user charges. So we have reason to believe that the dollar for dollar in a pragmatic way was an important deterrent in the system.

On the legal grounds, we explored the suggestion made by Mr. Blaikie, and it is not clear at all. In fact, we are told by Justice experts that if the penalty were bigger than a dollar for a dollar—like the double or the triple, because he had spoken of that earlier also when we were witnesses—we could, if taken to court by a given province, be judged to abuse of the spending power. I forgot the exact phrase they used; I apologize. But the concept is that we would go over the spending power and could therefore lose in court.

• 1740

The Chairman: I think, Madam Minister, you have made your point in pretty good fashion. I think Miss MacDonald had a comment.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): We would not support this amendment, we think that the penalty that is there now is not only symbolic, it is substantive and anything going beyond that does become punitive and I would just like to say to Mr. Blaikie, sir, I listened to what he had to say and when it comes to ravings, I would suggest to him that there are some of the redeemed demigods in his own profession that do more in the way of raving that certain doctors I have heard.

The Chairman: I am going to call the question on the amendment. All those in favour of the amendment, please

[Translation]

M. Blaikie: Laissons tomber la deuxième partie de mon amendement; c'est surtout la première partie qui m'intéresse, l'augmentation graduelle des pénalités.

Le président: Tous les membres du Comité sont-ils d'accord pour laisser tomber le paragraphe b)?

Des voix: Oui.

Le président: M. Blaikie a expliqué le premier volet de son projet d'amendement. Quelqu'un veut-il prendre la parole?

Monsieur Breau.

M. Breau: Monsieur le président, selon M. Blaikie, certains auraient donné à entendre quelle était la position gouvernementale. J'ai mes propres opinions à ce sujet, mais il serait peut-être utile, étant donné qu'il y a fait allusion, de demander à la ministre d'expliquer son raisonnement pour imposer une pénalité d'un montant égal. L'explication serait officielle si la ministre la donnait. Je crois que c'est ce que voulait M. Blaikie, l'explication.

Le président: Madame le ministre, voulez-vous répondre?

Mme Bégin: Merci, monsieur le président.

Rapidement, deux motifs: avant le financement global, lorsque les frais modérateurs faisaient l'objet d'une pénalité d'un montant égal, dans les provinces où ils étaient imposés contrairement aux dispositions du régime, et lorsque nous avons laissé tomber cette disposition en adoptant le financement global, nous avons assisté à une forte augmentation de l'imposition des frais modérateurs. Il nous est donc permis de croire qu'une pénalité d'un montant égal est une façon pratique d'imposer des obstacles.

Du point de vue juridique, nous avons considéré la suggestion de M. Blaikie et les avis ne sont pas clairs. De fait, les spécialistes du ministère de la Justice nous disent que si la pénalité n'était pas d'un montant égal, si elle était du double ou du triple, comme il en avait parlé précédemment, si une province nous poursuivait devant un tribunal, nous pourrions être coupables d'abus de notre pouvoir de dépenser. J'ai oublié l'expression exacte utilisée; je m'en excuse. L'idée était que nous abuserions de notre pouvoir de dépenser et que, par conséquent, nous perdriions notre cause au tribunal.

Le président: Madame le ministre, vous vous êtes bien expliquée. M^{lle} MacDonald aimerait maintenant répondre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous ne voterons pas en faveur de cet amendement; nous pensons que la pénalité existante n'est pas seulement symbolique, elle est assez importante, et aller plus loin reviendrait à vouloir imposer une punition; j'aimerais dire à M. Blaikie que j'ai bien écouté ce qu'il a dit et que lorsqu'il parle de menaces, j'aimerais lui rappeler que certains prêcheurs de sa profession en font plus que certains docteurs que j'ai entendus.

Le président: Nous allons maintenant mettre l'amendement aux voix. Avis favorables à l'amendement, veuillez lever la

[Texte]

raise their hand. All those opposed, please raise their hand. The amendment is defeated.

I understand the government has an amendment, Mr. MacLellan. Would you just discuss G-23 at this time.

Mr. MacLellan: G-23, yes.

The Chairman: We are going to come back to the third part.

Mr. MacLellan: I would like to move, Mr. Chairman, that the French version of subclause 20.(1) of Bill C-3 be amended by striking out line 22 on page 11 and substituting the following:

effectuée par les médecins ou les dentistes dans

The Chairman: Any comment on that?

Mr. MacLellan: This just clarifies the French text, Mr. Chairman, that extra-billing is limited to that practise for the doctors in the province as done in the English text. It just . . .

Mme Bégin: C'est de la concordance élémentaire.

The Chairman: Does the amendment carry?

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Blaikie, could you go on with the latter part of your . . .

Mr. Blaikie: I would like to move, Mr. Chairman, that Bill C-3 be amended in Clause 20, page 11, by striking out 932 and substituting the following therefore:

the province pay in respect of the first fiscal year in which the province fails to comply an amount equal to one dollar for every dollar; (b) in respect to the second fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to two dollars to every dollar; (c) in respect of subsequent fiscal year in which the province fails to comply, an amount equal to three dollars for every dollar.

The Chairman: All those in favour of the amendment, please raise their hand. All those opposed, please raise their hand.

The amendment is defeated.

The Chairman: I will ask the parliamentary secretary to go to G-24 (a) and (b).

Mr. MacLellan: Just (a) and (b), Mr. Chairman? Or (b) and (c)?

The Chairman: The clerk informs me that the (c) is an automatic thing that would happen without having to be moved that way.

Mr. MacLellan: Alright. Thank you.

I would like to move G-24, Mr. Chairman. I would like to move that Clause 20 of Bill C-3 be amended (a) by striking out line 36 on page 11 and substituting the following:

in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal

[Traduction]

main. Avis négatifs, veuillez lever la main. L'amendement est rejeté.

Monsieur MacLellan, je crois savoir que le gouvernement veut présenter un amendement. Pourriez-vous, s'il vous plaît, présenter l'amendement G-23.

M. MacLellan: Oui, le G-23.

Le président: Nous reviendrons au troisième volet.

M. MacLellan: Monsieur le président, j'aimerais proposer que le paragraphe 20(1) de la version française du projet de loi C-3 soit modifié par substitution, à la ligne 22, page 11, de ce qui suit:

effectuée par les médecins ou les dentistes dans

Le président: Pouvez-vous expliquer ce projet d'amendement?

M. MacLellan: Il s'agit, monsieur le président, de préciser dans la version française que la surfacturation se limite aux médecins ou aux dentistes dans la province. Il s'agit simplement . . .

Mrs. Bégin: It is elementary.

Le président: L'amendement est-il adopté?

L'amendement est adopté.

Le président: Monsieur Blaikie, pouvez-vous maintenant présenter le troisième volet de votre . . .

M. Blaikie: Monsieur le président, je propose qu'on modifie l'article 20 du projet de loi C-3, à la page 11, en biffant la ligne 30 et en y substituant ce qui suit:

à cette dernière a) pour le premier exercice financier où la province ne respecte pas les conditions, un montant égal, b) pour le deuxième exercice financier où la province ne respecte pas les conditions, un montant double, et c) pour le troisième exercice financier, ou les autres, où la province ne respecte pas les conditions, un montant triple.

Le président: Avis favorables à l'amendement, veuillez lever la main. Avis négatifs, veuillez lever la main.

L'amendement est rejeté.

Le président: Je demande maintenant au secrétaire parlementaire de présenter l'amendement gouvernemental G-24 a) et b).

M. MacLellan: Seulement a) et b), monsieur le président? Ne voulez-vous pas également b) et c)?

Le président: Le greffier me dit que le troisième volet de votre amendement découlera automatiquement et qu'il n'a pas à être présenté.

M. MacLellan: D'accord. Merci.

J'aimerais, monsieur le président, proposer que l'article 20 du projet de loi C-3 soit modifié par a) substitution à la ligne 33, page 11, de ce qui suit:

ments, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19.

[Text]

(b) by adding, immediately after line 40 on page 11, the following subsection:

(3) No amount may be deducted under subsection (1) or (2) in respect of extra-billing or user charges in the period between April 1, 1984 and June 30, 1984.

And the French version accordingly.

• 1745

The Chairman: Do you wish the minister to comment? Madam Minister, a comment please?

Madam Bégin: The first of the two amendments just moved, Mr. Chairman, clarifies that it is consequential to the changes in Clause 19, and clarifies that we are only talking about the portion of user fees that is unacceptable

As to the change in Clause 23, we think, to be fair, for the system to work, a bank of information should be built, upon which decisions regarding the application of the penalty will be taken. In that respect three months is the practical amount of time we need for that.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I would like to speak to that.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I find this amendment very curious, because when we started out with this bill, it was stated by the minister, both at second reading and very much when she first appeared before this committee, that she wanted this bill passed through all stages, including the Senate and including proclamation, by April 1 of this year, in view of the beginning of the fiscal year. That was a target we never argued about. We thought it was highly unlikely that that target would be met. Now the amendment puts in legal form that in fact that target will not be met. Quite apart from certain commitments the minister has previously given, or certain dire threatenings, the fact remains that this amendment, even now, need not at all satisfy the reasons the minister puts forward for the amendment. The minister says that she wants this amendment to move the effective period from April 1, 1984 to June 30, 1984, to be more fair to the provinces because there has to be a flow of information . . .

Madam Bégin: To build the bank of information.

Mr. Epp: Fair enough. That is okay.

Madam Bégin: We ask more categories in the computer. That is only regarding the automatic penalty, not the other penalties.

Mr. Epp: But the minister expects that she will have three months. Mr. Chairman, it is not at all sure, now that we are sitting in the middle of March, that by the time the committee has completed its work . . . For that matter will she will find sufficient House time, either in report stage in the House, or for that matter—we cannot talk about the work of the other place—or proclamation. Those three months, though she wants that period of time, can be eaten up by the legislative process as well.

[Translation]

b) insertion, après la ligne 37, page 11, de ce qui suit:

(3) Aucun montant ne peut être déduit en vertu des paragraphes (1) ou (2) à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs pendant la période comprise entre le 1^{er} avril 1984 et le 30 juin 1984.

Et la version anglaise doit être modifiée en conséquence.

Le président: Voulez-vous que le ministre explique l'amendement? Madame le ministre, voulez-vous l'expliquer?

Mme Bégin: Le premier des deux amendement, monsieur le président, précise qu'il s'agit d'un amendement découlant de l'amendement apporté à l'article 19, et on précise qu'il ne s'agit que des frais modérateurs qui sont inadmissibles.

Quant à l'amendement à l'article 23, nous croyons que, pour que ce soit équitable, et pour que le régime fonctionne bien, une banque de données devrait être constituée; on aurait donc les informations dont on aura besoin pour décider s'il y a lieu d'imposer des sanctions. Pour faire cela, il nous faut trois mois.

M. Epp: J'aurais des observations à faire, monsieur le président.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Je trouve cet amendement très curieux, car lorsque nous avons commencé à étudier le bill, le ministre a dit, à la deuxième lecture et lorsqu'elle a comparu devant le Comité pour la première fois, qu'elle voulait que le projet de loi soit adopté par la Chambre et par le Sénat et proclamé avant le 1^{er} avril 1984, c'est-à-dire avant le début de l'année financière. Nous n'avons jamais remis en question sa décision de viser le 1^{er} avril. Nous croyions qu'il était fort probable que le projet de loi soit adopté avant l'échéance. L'amendement confirme que le projet de loi ne sera pas adopté avant la date visée. Mis à part les engagements pris par le ministre, et les menaces qu'on a faites, il n'en reste pas moins que les raisons que le ministre a données pour justifier l'amendement ne le justifient pas forcément. Le ministre prétend que c'est pour être équitable envers les provinces, car on doit amasser des données, qu'elle veut que la date d'entrée en vigueur soit reportée du 1^{er} avril 1984 au 30 juin 1984.

Mme Bégin: C'est pour constituer la banque de données.

M. Epp: Je veux bien. D'accord.

Mme Bégin: C'est pour qu'il y ait plus de catégories informatiques. Il s'agit uniquement des déductions obligatoires, non pas des autres déductions.

M. Epp: Mais le ministre s'attend à avoir trois mois. Il est loin d'être certain, monsieur le président, étant donné que nous sommes déjà rendus à la mi-mars, que le Comité termine ses travaux . . . Il n'est pas non plus certain qu'elle aura suffisamment de temps à la Chambre, soit à l'étape du rapport, soit—et nous ne savons pas ce que le Sénat va faire—à l'étape de la proclamation. Elle veut qu'on lui donne trois mois, mais il se peut que l'adoption de la loi prenne trois mois de plus que prévu.

[Texte]

The Chairman: Mr. Lachance.

M. Lachance: Ecoutez, c'est peut-être parce qu'il est 17h50, mais on tombe dans des arguments spécieux, ce qui n'est pas dans les habitudes de mon collègue, M. Epp.

La seule chose dont il s'agit ici, c'est de permettre au ministre de mettre en place la mécanique administrative pour donner effet au projet de loi. Maintenant, il s'agit de comprendre que la mécanique ne peut être mise en place tant que le projet de loi n'est pas adopté. Quand on parle de trois mois et que l'on dit que le ministre demande maintenant trois mois de plus parce qu'elle n'est pas pressée ou que les délais sont maintenant différents, je pense que c'est faire dire au ministre, et à l'amendement, ce qu'il ne dit pas.

L'urgence de l'adoption du projet de loi est toujours reconnue par le fait que les dates sont indiquées, et cet amendement ne change rien à l'urgence de l'adoption du projet de loi, puisque cet article ne fait que reconnaître l'impossibilité physique de mettre en oeuvre des pénalités automatiques le lendemain de l'adoption du projet de loi avant que le ministre ait eu la possibilité de mettre en place la mécanique de traitement des données qui est nécessaire pour permettre de donner effet à la loi.

Ceci dit, en ce qui concerne les dates elles-mêmes, je crois comprendre qu'elles sont inhérentes à l'année financière, et c'est ce qui explique le fait qu'on indique des dates et non pas un délai de mois plutôt que deux dates qui sont elles-mêmes un délai de trois mois.

M. Breau: C'est prescrit par la loi.

M. Lachance: D'ailleurs, comme le dit M. Breau, c'est précisé dans la loi. Alors je dois avouer qu'il est tard et que nous sommes tous fatigués, moi-même y compris, mais je dois dire que je ne comprends pas l'argument de M. Epp. Pour moi, c'est un amendement technique beaucoup plus qu'un changement de fond qui indiquerait un abandon de l'urgence.

• 1750

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You are right. I have listened to what Mr. Lachance had to say, and I understand from what the Minister has explained that she wants this data accumulated over a period of time in order to be able to make a proper analysis. But I do not see why that cannot be written in the way of three months, because that is the time period being talked about.

Mr. Breau: Once this Bill is passed, Mr. Chairman, if I may, Clause 33 says that the proposed Act shall come into force or be deemed to have come into force on April 1, 1984 if there is no discussion. The Governor in Council could have changed the coming into force of this proposed Act by proclamation. It is one of these acts where the date of effect is stated in the act.

Amendment agreed to.

The Chairman: Mr. Epp, can you go to your amendment, please?

[Traduction]

Le président: Monsieur Lachance.

Mr. Lachance: It may be because it is ten to six, but we are getting into specious arguments, which is not like my colleague, Mr. Epp.

The only thing that is involved here is letting the Minister set up an administrative mechanism that will make it possible to implement the Act. You must understand that the mechanism cannot be put in place until the bill is passed. When you say that the Minister is asking for three more months because she is in no hurry or the deadline has changed, I think that you are putting words in the Minister's mouth and making the amendment say something that it does not in fact say.

The fact that it is urgent that the bill be passed is witnessed by the fact that the dates are indicated and the amendment does not make it any less urgent, because all this section does is recognize that it is physically impossible to implement automatic penalties the day after the bill is passed, before the Minister has had an opportunity to set up the information processing system that is needed to implement the legislation.

This being said, insofar as the dates themselves are concerned, I gather that they depend on the fiscal year, which explains the fact that dates, and not a one month period, are mentioned, rather than two dates which indicate a three month period.

Mr. Breau: It is provided for in the Act.

Mr. Lachance: Also, as Mr. Breau said, it is specified in the Act. Now, I must admit that it is late and that we are all tired, including myself, but I must say that I do not understand Mr. Epp's argument. In my opinion, it is a technical amendment and not a substantial one which would indicate that the passing of the bill is no longer urgent.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous avez raison. J'ai écouté les propos de M. Lachance, et d'après ce que le ministre nous a expliqué, je crois comprendre qu'elle désire que ces statistiques soient accumulées pendant un certain temps, en vue d'en faire une analyse appropriée. Mais je ne vois pas pourquoi cela ne pourrait pas se faire en trois mois, car c'est ce dont on a parlé jusqu'à présent.

M. Breau: Si vous me le permettez, monsieur le président, lorsque ce projet de loi sera adopté, l'article 33 stipule que la loi entre en vigueur, ou est réputée être entrée en vigueur, le 1^{er} avril 1984, en l'absence de discussions. Le gouverneur en conseil aurait pu modifier la date d'entrée en vigueur de ce projet de loi par proclamation. Il s'agit d'une de ces lois où la date d'entrée en vigueur y est précisée.

L'amendement est adopté.

Le président: Monsieur Epp, pourriez-vous présenter votre amendement, s'il vous plaît?

[Text]

Mr. Epp: Yes, Mr. Chairman.

I move that Clause 20 be amended by inserting after line 40, page 11, the following:

The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or subsection (2) without first consulting the Minister responsible for health care in the province.

The clause we are dealing with, Mr. Chairman, is deductions for extra-billing and deductions for user charges. As per the amendment just moved, the Minister has to make a decision as to the amount of extra-billing and user fee. To determine the user fee amount is easier through the reporting system. The extra-billing is much more difficult. In fact, there is not an adequate or a universal reporting system on extra-billing. There is even a discrepancy between charges made and charges received. So there is quite a difference.

What our amendment would do is that the federal Minister, working both with the user charges and the extra-billing, would have to be in consultation with the province so affected.

The Chairman: Any further comment on the amendment? I will call the amendment.

Madam Bégin: You give me the floor and you vote? I am sorry, *je n'ai pas compris, moi*.

An Hon. Member: I take it the vote was carried.

The Chairman: I did not hear anybody wanted to have the floor.

Madam Bégin: You gave it to me.

The Chairman: If I did, I did not mean to. I will give you the floor now.

Madam Bégin: Can I take it . . .

Mr. Epp: Just a minute, Mr. Chairman. Where are we?

Madam Bégin: We are on what you just proposed. Do you not want an answer?

Mr. Epp: Not if I want a vote. Why would I want an answer?

The Chairman: The vote was not completed.

Madam Minister.

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman.

The federal Minister will have to use estimates only in cases where the information is refused by the province. There is no point in having a consultation then. I mean, it is because that broke down; it is because the province is not giving the information needed that the Minister would act on estimates. It seems to me illogical to present that amendment. *Non, ce n'est pas redondant, c'est illogique*. The federal Minister will have to apply an automatic penalty on the estimates of the amount of overcharges in cases where the provincial government has not given the relevant monthly information. There-

[Translation]

M. Epp: Certainement, monsieur le président.

Je propose qu'on modifie l'article 20 en insérant après la ligne 37, page 11, ce qui suit:

Aucun montant n'est estimé par le ministre aux termes du paragraphe (1) ou du paragraphe (2) avant que des consultations n'aient eu lieu avec le ministre responsable des soins médicaux dans la province en question.

Monsieur le président, il s'agit des déductions imposées en cas de surfacturation ou de frais modérateurs. D'après l'amendement que je viens de proposer, le ministre doit décider du montant de la surfacturation et des frais modérateurs. Il est facile de déterminer le montant des frais modérateurs en passant par le système de notification. Il est beaucoup plus difficile de déterminer, par contre, le montant de la surfacturation. En fait, il n'existe pas de système de notification adéquat ou généralisé en cas de surfacturation. Il existe même un écart entre les frais facturés et les frais reçus. La différence est donc importante.

L'amendement que nous proposons aurait pour effet de forcer le ministre fédéral de la Santé, et ce, en cas de frais modérateurs et de surfacturation, à consulter la province concernée.

Le président: D'autres observations à propos de cet amendement? Je mets l'amendement aux voix.

Mme Bégin: Vous me donnez la parole, et ensuite vous votez? Excusez-moi, *I did not understand it this way*.

Une voix: Je présume que l'on a passé au vote.

Le président: Je ne savais pas que quelqu'un voulait la parole.

Mme Bégin: Mais vous me l'avez donnée.

Le président: Si je l'ai fait, je ne le voulais pas. Je vous donne maintenant la parole.

Mme Bégin: Puis-je supposer . . .

M. Epp: Un instant, monsieur le président. Où en sommes-nous?

Mme Bégin: Nous étudions l'amendement que vous avez proposé. Ne voulez-vous pas de réponse?

M. Epp: Pas si je désire un vote. Pourquoi voudrais-je une réponse?

Le président: Le vote n'est pas terminé.

Madame le ministre.

Mme Bégin: Merci, monsieur le président.

Le ministre fédéral ne devra estimer le montant en question que lorsque les renseignements demandés ne sont pas fournis par la province. Des consultations ne serviraient à rien dans ce cas-ci. C'est justement parce que les consultations n'auront rien donné, parce que la province concernée ne fournit pas les renseignements demandés, que le ministre devra estimer ces montants. Il me semble illogique de présenter cet amendement. *No, it is not redundant, but illogical*. Le ministre fédéral devra imposer automatiquement une pénalité en fonction du montant présumé de la surfacturation lorsque le gouvernement

[Texte]

fore, to think of a consultation is, I would submit, impossible or illogical. It is a case where there is either a confrontation or an incapacity by one technical reason or another to provide, that particular month, the exact data.

• 1755

The Chairman: Any further comments on the amendment? Mr. Epp.

Mr. Epp: Well, Mr. Chairman, the minister might feel that her statement applies, and I can see the point she makes in the latter part of Clause 20(2), line 37, where the subclause states: "where such information is not provided". There I can see at what stage consultation comes into effect, but the fact remains that the first half of that subclause, that deals with the province's failing to comply with the regulations, does not have to have anything to do with a lack of information or the supply of information. What it has to do with is the deduction for user charges. That being the case, it could very easily be that the federal government in its information says that user charges are *x*, and the province in question might say that they are *x* less something; through consultation there might be a much better understanding of what the amount of user charges is. The minister says in the latter half, well, if there is not that information given, then how can I consult? But I would suggest, Mr. Chairman, that that precludes that, prior to that eventuality's taking place, in fact there could be a much closer assessment between the federal government and the province regarding the exact amount of user charges in that province, not failing to comply with the regulations under the Health Act.

Mr. Breau: Mr. Chairman, I have a question to Mr. Epp.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: I am sure Mr. Epp realizes that the word "consultation" or "consulting" in an act does not mean much unless you prescribe the consultation. In fact, all this could force the minister to do—and I am just asking the question; I have not said how I am going to vote on this yet—would be a telephone call. That could be consultation.

Mr. Epp: That is a lot more than they are getting now.

Mr. Breau: Well, some of them get more than that now.

Mr. Epp: Well, not in this clause they do not.

Mr. Breau: Yes. Okay. But you realize that without prescribing what the consultation would be . . .

Mr. Epp: Of course. I realize that.

Mr. Breau: —all it could be is a letter or a telephone call.

Mr. Epp: I appreciate that.

Mr. Breau: Or a telex.

[Traduction]

provincial n'aura pas fourni les renseignements mensuels demandés. Par conséquent, songer à une consultation serait, si vous me le permettez, impossible, ou alors illogique. Il s'agit soit d'une confrontation, soit de l'incapacité, pour une raison technique, ou autre, de fournir les renseignements mensuels demandés.

Le président: D'autres observations à propos de cet amendement? Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, le ministre pense peut-être qu'elle a raison, et je comprends où elle veut en venir lorsque je lis la fin du paragraphe 20(2), ligne 35, qui dit ceci: «si les renseignements n'ont pas été fournis». Je vois à quel stade des consultations seraient organisées, mais le fait demeure que la première partie de ce paragraphe, qui prévoit le cas où une province ne se conformerait pas aux conditions, n'a rien à voir avec le fait que des renseignements seraient absents ou ne seraient pas fournis. Ce qui nous intéresse, c'est la déduction en cas de frais modérateurs. Cela dit, le gouvernement fédéral pourrait très facilement stipuler que les frais modérateurs étaient de tant, et la province en question pourrait affirmer qu'ils sont de tant, moins tant; or, si des consultations avaient lieu, les deux gouvernements pourraient peut-être s'entendre sur le montant de ces frais modérateurs. Le ministre nous demande comment elle pourrait consulter la province en question si cette dernière refuse de donner les renseignements demandés. Mais je dirais, monsieur le président, que ceci empêche cela, car avant d'imposer une pénalité, le gouvernement fédéral pourrait s'entendre avec la province sur le montant exact des frais modérateurs imposés dans cette province qui ne se conformerait pas aux règlements prévus par la Loi sur la santé.

M. Breau: Monsieur le président, j'aimerais poser une question à M. Epp.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Je suis sûr que M. Epp se rend compte que le terme «consultations», dans une loi, ne signifie pas grand chose, à moins de qualifier cette consultation. En fait, le ministre pourrait très bien se contenter—et je pose simplement la question; je n'ai pas encore décidé comment j'allais voter—de passer un coup de téléphone. Ce pourrait être une consultation.

M. Epp: Ce serait déjà un grand pas en avant.

M. Breau: N'exagérez pas.

M. Epp: Avec cet article, les provinces n'obtiennent pas grand chose.

M. Breau: Bien. Mais vous vous rendez compte que si vous ne qualifiez pas le genre de consultations que vous voulez avoir . . .

M. Epp: Bien sûr, je m'en rends compte.

M. Breau: . . . celles-ci pourraient se limiter à une lettre ou à un coup de téléphone.

M. Epp: Je le sais.

M. Breau: Ou un télex.

[Text]

Mr. Epp: I am simply saying that the federal minister in the first half of that subclause makes a judgment regarding the amount of user charges, whether or not the province has given them the details. That is the second part that subclause. I am simply saying that I think this committee and the legislation should tell a federal minister that when you are getting into that kind of a situation, at least consult. Now, the form of that consultation obviously could be debated. I realize that my amendment does not say much, and yet it can say everything in terms of the process.

The Chairman: Madam Minister, do you have any other comment?

Madam Bégin: Just from a practical viewpoint. I do not mean to appear negative but we have to here in theory. If the provincial government does not answer letters, or phone calls, or telex, do you call it an absence of consultation and is then the federal act not applying?

Mr. Epp: Yes.

Madam Bégin: Then you stop the process of the bill. That is what . . .

Mr. Epp: No, no, I am not stopping the process.

Madam Bégin: If it is only consultation, yes, fine.

Mr. Breau: If you do not prescribe the consultation, it is . . .

Mr. Epp: Which I am not doing.

Mr. Breau: If you do not prescribe it, I would think . . .

The Chairman: Order. One at a time. Let the minister finish, first of all. Madam Minister.

Madam Bégin: Could I ask Mr. Epp, through you, Mr. Chairman, just to speak a little more about cases that I described, just to see if this is acceptable.

Mr. Epp: Well, for example, let us say a province does not provide the information as the act requires. Then I would think, just under normal procedures, a federal minister would—and I can hardly even visualize a situation where there would not have been discussions at the official level, or whatever . . .

Madam Bégin: That is true.

Mr. Epp: I just do not see that kind of situation developing. I am simply saying that at that point, when the minister finally says, look, it has broken down, I want a prescription in the clause at least that there is a consultation. That consultation might be only one way, in the sense that the minister says, well, look, I am going to send one final telex if I have that kind of a difficulty with a province. I think the amendment should be there that consultation take place. Obviously the federal Minister cannot go to provincial capital x, dossier in hand, and say that he wants to consult when they do not open the door. That is not what I am requesting.

[Translation]

M. Epp: Tout ce que je dis, c'est que le ministre fédéral, dans la première partie de ce paragraphe, juge du montant des frais modérateurs, que cette province lui ait ou non donné les détails voulus. Mais je parle de la deuxième partie de ce paragraphe. Je crois que ce Comité et la loi devraient obliger le ministre fédéral à consulter les provinces en question lorsqu'une situation de ce genre survient. Il est évident qu'il faudrait débattre de la forme que revêtiraient ces consultations. Je me rends compte que mon amendement n'est pas suffisamment précis, et pourtant, il l'est quant au processus.

Le président: Madame le ministre, avez-vous d'autres observations à faire?

Mme Bégin: D'un point de vue pratique seulement. Je ne voudrais pas vous paraître négative, mais tout cela, c'est de la théorie. Si le gouvernement provincial en question ne répond pas aux lettres, ni aux coups de téléphone, ni aux télex, peut-on qualifier cela d'absence de consultations, et la loi fédérale ne s'applique-t-elle pas alors?

M. Epp: Oui.

Mme Bégin: Dans ce cas, vous allez à l'encontre du projet de loi. C'est ce que . . .

M. Epp: Non, non, ce n'est pas ce que je fais.

Mme Bégin: S'il ne s'agit que de consultations, très bien.

M. Breau: Si vous ne qualifiez pas le genre de consultations, c'est . . .

M. Epp: Ce que je ne fais pas.

M. Breau: Si vous ne les qualifiez pas, je pense . . .

Le président: À l'ordre. Une personne à la fois. Laissez le ministre terminer tout d'abord. Madame le ministre.

Mme Bégin: Pourrais-je demander à M. Epp, monsieur le président, de me dire ce qu'il pense des cas que j'ai exposés, simplement pour voir si sa proposition est acceptable.

M. Epp: Par exemple, disons qu'une province ne fournit pas les renseignements exigés par la loi. Alors, je pense, d'après les procédures courantes, que le ministre fédéral devrait, et j'imagine très mal une situation où aucune discussion n'aurait lieu au niveau des hauts fonctionnaires . . .

Mme Bégin: Vous avez raison.

M. Epp: Je ne vois tout simplement pas comment cette situation pourrait se développer. Tout ce que je dis, c'est que, à ce stade-là, lorsque le ministre décrète que les consultations n'ont rien donné, je veux que l'article prévienne au moins des consultations. Ces consultations pourraient être unilatérales, dans la mesure où le ministre décide qu'il va envoyer un dernier télex s'il rencontre ce genre de difficultés avec une province. Je pense qu'un amendement devrait prévoir des consultations. Il est évident que le ministre fédéral ne peut pas se rendre dans une capitale provinciale, dossier en main, et dire qu'il désire tenir des consultations si les responsables provinciaux ne veulent pas lui ouvrir la porte. Ce n'est pas ce que je demande.

[Texte]

• 1800

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): And that could also be for the protection of the Minister.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: I just want to test if those in the committee who are lawyers would agree, but to to answer the Minister, when consultation is not prescribed, as it is earlier in the Bill—I forget the Clause—if one attempts and can prove that he or she attempted reasonably to consult, but there is no answer, I would think that would meet the requirement of consultation because when it is not prescribed, consultation is open to what is reasonable. We know that this Minister is always reasonable; therefore we would believe her.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: For the sake of trying to come to some understanding, because I am in general agreement with the general idea behind the amendment, and to avoid the possible pitfall of consultation being not defined and then creating difficulties if the other way does not come, maybe Mr. Epp would accept a different wording, such as “without first undertaking to consult the Minister responsible for health care”, which will achieve the same purpose, where the Minister will still have to make that official signal to the other side, and then of course the other side could feed back or not.

Mr. Epp: Unless the Minister has undertaken to consult. That is acceptable, Mr. Chairman.

Mr. Lachance: Then I will have an amendment to the amendment, Mr. Chairman.

I move that the word “consulting” be removed and replaced by “undertaking to consult” and then “the Minister responsible for health care”.

Subamendment agreed to.

Amendment as amended agreed to.

Clause 20 as amended agreed to.

The Chairman: We will adjourn until 8.00 p.m.

[Traduction]

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce serait aussi une protection pour le ministre.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Je voudrais simplement demander leur avis aux membres du Comité qui sont avocats; lorsque des consultations ne sont pas prévues, comme c'est le cas dans la première partie du projet de loi, j'oublie l'article en question, si un ministre peut prouver qu'il a tenté de consulter les responsables dans la mesure du possible, et que ces derniers ne donnent pas signe de vie, je pense que cela répondrait aux conditions énoncées, car lorsque ces consultations ne sont pas qualifiées, celles-ci ne peuvent se faire que dans la mesure du possible. Nous savons que le ministre est toujours raisonnable, et par conséquent, nous la croirions.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Pour essayer d'en arriver à une entente, car je suis d'accord avec la substance même de cet amendement, et pour éviter tout cauchemar si l'on ne qualifiait pas les consultations, ce qui créerait des difficultés si l'autre partie ne donnait pas signe de vie, M. Epp pourrait peut-être accepter de modifier le libellé de son amendement, qui serait le suivant: «sans s'engager à consulter le ministre responsable des soins médicaux»; dans ce cas, le but recherché serait atteint, et le ministre serait toujours tenu d'engager des consultations avec l'autre partie, qui pourrait répondre ou non.

M. Epp: À condition que le ministre s'engage à consulter. Cela est acceptable, monsieur le président.

M. Lachance: Alors, je propose un amendement à l'amendement, monsieur le président.

Je propose que le terme «consultations», soit remplacé par «s'engager à consulter», et ensuite, «le ministre responsable des soins médicaux».

Le sous-amendement est adopté.

L'amendement est adopté sous sa forme modifiée.

L'article 20, modifié, est adopté.

Le président: Nous reprendrons nos travaux à 20 heures.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From the Department of National Health and Welfare:
Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister.

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:
Dr. Maureen Law, sous-ministre adjoint.

108

BINDING SECT. AUG 7 1985

